Rok LIII. Kraków, dnia 7. lutego 1914 Nr 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z c. k. szkoły położnych i oddziału położn.-ginekologicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie. (Prymaryusz: Prof. Dr St. Dobrowolski).

O leczeniu poronień gorączkowych i septycznych

podała

Dr. Ada Markowa

asystentka c. k. szkoły położnych.

Rewizya wytycznych, ustalonych dla leczenia pewnego rodzaju schorzeń, spowodowana bądź postępem w danej gałęzi sztuki lekarskiej lub w gałęziach pokrewnych, bądź krytycznym umysłem badacza, jest zawsze zjawiskiem dodatniem i pożądanem. Uniemożliwia ona zaskorupianie się poglądów w pewnych szablonach, sprowadza często zbawienne zmiany zasadnicze, poniekąd przewrót, często jednak również, po wędrówce po rozmaitych manowcach, w całej rozciągłości potwierdza celowość tej metody, którą zrewidować, ewentualnie obalić pragnęła.

W nauce o położnictwie przeżywamy obecnie tego rodzaju proces, dotyczący zagadnienia o leczeniu poronień, przebiegających z podniesieniem ciepłoty i poronień septycznych.

Zasadą, ustaloną dla leczenia wszelkiego poronienia, z wyjątkiem t. zw. poronienia grożącego (abortus imminens), gdzie celem postępowania naszego jest utrzymanie zagrożonej ciąży, było jak najszybsze opróżnienie macicy z płodu i jego części dodatkowych, jak również z wszelkich ich pozostałości, opróżnienie tem rychlejsze, gdy sprawa przebiegała z podniesieniem ciepłoty, świadczącem o zakażeniu wewnątrz-macicznem. Przeciwwskazaniem dla tego »leczenia czynnego« było rozszerzenie się sprawy zakaźnej na przydatki, tkankę łączną okołomaciczną lub otrzewną, jednem słowem przekroczenie ścian macicy. Te objawy zmuszały lekarza do postępowania zachowawczego.

Tak stała sprawa do roku 1909, kiedy na zjeździe ginekologów w Strassburgu wystąpił ze swym poglądem Winter. Pogląd ten, oparty na 10-letniem doświadczeniu klinicznem, uzupełnił on następnie i rozwinął w roku 1911. Statystyka Wintera obejmuje 100 przypadków poronień septycznych, a wynik stosowanego przez niego wówczas leczenia czynnego pouczył go, że jest ono połączone z wielkiem niebezpieczeństwem dla chorej. Na 80 przypadków czynnie leczonych poronień miał Winter 13 przypadków śmierci, 21 ciężkich schorzeń; na 20 zaś poronień septycznych, leczonych bez interwencyi czynnej metodą zachowawczą, miał 18 wyleczeń i 2 nieznaczne wysięki. Winter sądzi, że manipulowanie w jamie macicy wywołuje wtargnięcie zarazków w jej ściany i, co za tem idzie, szerzenie się sprawy zakaźnej drogami naczyń krwionośnych lub limfatycznych, co szczególniej następuje wtedy, gdy w wydzielinie z pochwy osoby roniącej znajdujemy paciorkowca hemolitycznego. Dlatego sposób postępowania uzależnia Winter w pierwszym rzędzie od wyniku badania bakteryologicznego wydzieliny z dolnej części pochwy, sądząc, że da się to zawsze w praktyce wykonać. Obecność hemolitycznego paciorkowca jest bezwzględnem przeciwwskazaniem dla badania, płukania lub opróżniania macicy: zabiegi te wytwarzają świeże rany, do których może wniknąć paciorkowiec hemolityczny i wywołać ciężkie zakażenie. Następnie tylko niejadowite drobnoustroje — saprofity (prątek okrężnicy, gronkowiec żółty, ziarenkowiec czworaczy [tetragenus], odmieniec i inne) dadzą się usunąć wraz z obumarłemi częściami płodu i matki, gdyż na tych właśnie żyją. Ponieważ zaś usunięcie tych resztek nie usuwa paciorkowca hemolitycznego, co więcej, stwarza dla niego, jak zaznaczyliśmy, nowe wrota, przeto w tych przypadkach dobre rokowanie daje leczenie zachowawcze, mające na celu samoistne ukończenie poronienia lub wyczekanie okresu, gdy paciorkowiec zniknie. Gdy ze względu na krwotok trzeba poronienie ukończyć natychmiast, jakkolwiek mamy do czynienia z paciorkowcem hemolitycznym, to i wtedy wszelka uzyskana zwłoka jest korzystną, gdyż drobnoustrój ten traci z czasem na jadowitości, a wyczekiwanie samo przez się nigdy nie może przynieść szkody.

Nadmienimy tu jeszcze co do strony technicznej, że Winter należy do przeciwników łyżeczki, a jest zwolennikiem usuwania treści z macicy zapomocą palca po uprzedniem rozszerzeniu szyjki.

Zdanie Wintera nie pozostało bez echa i znalazło zarówno gorliwych zwolenników, jak i przeciwników.

Z pośród wybitniejszych zwolenników Wintera (Zangenmeister, v. Herff, Opitz) najskrajniejszym w swej zachowawczości jest Traugott, dla którego obecność jakiegokolwiek paciorkowca jest już przeciwwskazaniem do leczenia czynnego. Jest on tem większym przeciwnikiem usuwania

czynnego treści z macicy, że zdaniem jego w przebiegu poronień gorączkowych nawet saprofity nabierają zdolności czynnego wnikania w tkankę żywą. Z metody zachowawczej rezygnuje również jedynie przy wskazaniach życiowych (krwotok).

Tymczasem liczne i gruntowne badania bakteryologiczne Schottmüllera wykazały, że saprofity niezależnie od zabiegów mechanicznych i ciepłoty wnikać mogą czynnie do tkanek i naczyń krwionośnych i wywoływać objawy zakażenia ogólnego. A zatem należy je jak najszybciej z macicy usunąć przez usunięcie zalegającej treści, i to właśnie w przypadkach gorączkowych, by nie mogły one wtargnąć do jajowodów i naczyń. Dalej badania Schottmüllera wykazały, że ta zasadnicza różnica, jakiej dopatrywał się Winter pomiędzy paciorkowcem hemolitycznym a saprofitami pod względem nozologicznym, nie istnieje, gdyż wyniki badań nad zależnością pomiędzy obecnością paciorkowca hemolitycznego u ciężarnych i położnic, a zakażeniem połogowem, nie pozwoliły na ustalenie żadnego określonego związku, któryby się dał przeciwstawić związkowi między obecnością saprofitów a przebiegiem połogu. Wreszcie sama własność hemolizy jest niezmiernie chwiejną. Uzależnianie więc sposobu postępowania wobec poronienia od wyniku badania bakteryologicznego pozbawione jest właściwie podstawy, pomimo wielkich postępów, jakie na ogół znajomość flory zakażenia połogowego poczyniła. Zdaniem Ludwiga autorowie, uzależniający swe postępowanie od wyników badania bakteryologicznego, popełniają jeszcze i ten błąd zasadniczy, że uwzględniają jedynie zarazek, nie licząc się z ustrojem chorej. Na zasadzie streszczonego powyżej stanu rzeczy cały szereg autorów jest ostatecznie tego zdania, że leczenia poronień nie można uzależniać od wyników badania bakteryologicznego, a jedynie opierać się ono powinno na klinicznym punkcie widzenia.

Schottmüller, szkoła berneńska (Guggisberg, Ludwig), Fromme, v. Franqué, Latzko, Keller, Kasashima, Mihalkowics, Rosenthal i inni są przeciwni metodzie wyczekującej Wintera. Wyczerpujące dane statystyczne rozmaitych klinik pouczają, że przy poronieniach, przebiegających z podwyższeniem ciepłoty, opróżnienie macicy często nawet natychmiast powoduje spadek ciepłoty, natomiast zaleganie resztek jaja płodowego przez czas dłuższy może być punktem wyjścia dla ciężkich schorzeń połogowych. Jak to słusznie podnosi Fromme, może owo zaleganie przyczynić się do powstania i rozszerzania się zakrzepów żylnych, a nawet i ropnicy. Kasashima na zasadzie obfitego materyału gorąco poleca lekarzowi praktykowi postępowanie czynne bez względu na badanie bakteryologiczne; tegoż samego zdania jest Hamm.

Materyał nasz, dotyczący powyższego zagadnienia, obejmuje 304 przypadków leczenia poronień i rozciąga się na okres czteroletni. Osobną grupę stanowi w tem 90 przypadków poronień sztucznych, mających na celu przerwanie ciąży ze wskazań takich, jak gruźlica płuc, wada serca, zapalenie nerek, mocznica, wymioty niepowściągłe ciężarnych, choroba Basedowa, ciężka niedokrwistość, nowotwór pęcherza, zmięknienie kości. Metoda przerywania ciąży, jaką się posługujemy, polega na tem, że w pierwszych 4 miesiącach rozszerzamy szyjkę zapomocą założenia gazy poza ujście wewnętrzne, a w 24 godziny później z pomocą narzędzi usuwamy jaje płodowe. Od 5. miesiąca ciąży stosujemy metodę Dührssena — (hysterotomia vaginalis anterior, rzadziej posterior). Na tych 90 przypadków przerwań ciąży 68 przebiegało bez gorączki, w 10 przypadkach przebieg był gorączkowy poniżej 38⁰, w 12 powyżej 38⁰, aczkolwiek bez powikłań.

W obliczaniu odsetek przebiegów gorączkowych uwzględnić należy te ze wskazań do przerwania ciąży, które zawierają już w sobie źródło wzniesień ciepłoty. Następnie już w tem miejscu podkreślimy znaczenie, jakie ma w tym względzie tamponowanie macicy po jej opróżnieniu: zatrzymuje ono odchody i wywołuje gorączkę resorpcyjną.

Grupa druga obejmuje 164 przypadków poronień grożących, w toku będących, niezupełnych, zaśniadów i zapalenia błony śluzowej macicy po poronieniu, przebiegających bez gorączki przed zabiegiem i po zabiegu. Sposób postępowania, jak powyżej. Badania bakteryologicznego nie przeprowadzamy.

Grupa trzecia obejmuje 14 przypadków poronień w toku będących u kobiet okazujących w chwili przyjęcia ciepłotę prawidłową. Po opróżnieniu macicy w przypadkach tych było jednorazowe względnie dwurazowe podwyższenie się ciepłoty, w tem raz do 40,4⁰. Jednakowoż wszystkie przypadki przebiegały bez powikłań i chore w 4 do 5 dni opuszczały szpital, jako wyleczone.

Grupa czwarta obejmuje 14 przypadków poronień, przyjętych z ciepłotą poniżej 38⁰ bez jakichkolwiek powikłań. Tę grupę zaliczamy do t. zw. poronień gorączkowych. Wszystkie te przypadki wykazują spadek ciepłoty bezpośrednio lub w 1—2 dni po opróżnieniu macicy, przepłukaniu jej i wyjodynowaniu. Badanie bakteryologiczne również nie było przeprowadzone. Przypadki te podam dokładniej; wszystkie chore w kilka dni po zabiegu opuściły zakład.

1. Ab. incompletus II m. C. 37,5. Abrasio ac irrigatio cavi uteri. Wypuszczona po 5 dniach.

2. Ab. incompletus III. m. C. 37,8. Leczenie takiesamo. Wypuszczona po 4 dniach.

3. Ab. inc. II. m. C. 37. Leczenie takiesamo. Wypuszczona po 3 dniach.

4. Ab. in tractu IV m. C. 37,5. Excochleatio ovi et plac. Irrig. Wypuszczona po 3 dniach.

5. Ab. inc. III. m. C 37,8. Leczenie takiesamo, jak 4. Wypuszczona po 4 dniach.

6. Ab. inc. II. m. C. 37,3. Abrasio ac irrig. cavi uteri. Wypuszczona po 4 dniach.

7. Ab. inc. III. m. C. 37,2. Leczenie takiesamo, jak ad 6. Wypuszczona po 6 dniach.

8. Ab. inc. II. m. C. 37,3. Leczenie takiesamo, jak ad 6. Wypuszczona po 3 dniach.

9. Ab. inc. III. m. C. 38. Leczenie takiesamo, jak ad 6. Wypuszczona po 4 dniach.

10. Retentio placentae p. abortum IV. m. C. 37,6⁰. Extractio manual. plac. Irrig. Po opróżnieniu macicy, wzniesienia ciepłoty dochodziły do 38,3⁰, po tygodniu ciepłota spadła do poziomu prawidłowego. Wypuszczona po 10 dniach.

11. Ab. incompl. II. m. C. 37,8⁰. Abrasio. Następnego dnia C. 38,8⁰, poczem spada do poziomu prawidłowego. Wypuszczona po 4 dniach.

12. Ab. inc. II. m. C. 37,6⁰. Leczenie takiesamo. Wypuszczona po 4 dniach.

13. Ab. inc. III. m. C. 37,6⁰. Leczenie takiesamo. Wypuszczona po 3 dniach.

14. Ab. inc. II. m. C. 37,5. Leczenie takiesamo. Wypuszczona po 4 dniach.

Grupa piąta obejmuje 22 przypadki poronień septycznych. Badanie bakteryologiczne nie było wykonane. Cie-

płota w chwili przyjęcia powyżej 38°, tętno szybkie, język suchy, w niektórych przypadkach objawy ogólnego zakażenia. Daty, dotyczące tych przypadków, są następujące:

1. S. N. Retentio plac. p. abortum IV. m. C. 38°. Extractio manual. plac. Abrasio. Irrigatio. Wyjodynowanie jamy macicy. W ciągu 6 dni po zabiegu wahania ciepłoty wynosiły 37,2—39,3. Następnie ciepłota spadła do poziomu prawidłowego i po upływie dalszych czterech dni chorą wypuszczono wyleczoną.

2. A. F. Sepsis post abortum II. m. Leczenie zachowawcze ze względu na ciężki stan chorej. Gorączka wyniszczająca (hektyczna), codzienne dreszcze, odchody czerwone. Po trzech tygodniach wyskrobanie z powodu stale utrzymujących się czerwonych odchodów i wielkości i zbitości macicy, świadczących o obecności w jej świetle ciała obcego. Bezpośrednio po zabiegu dreszcz. Ciepłota jak przedtem. W tydzień później zejście śmiertelne.

3. Ab. incompletus III. m. C. 38,5. Excochleatio plac. Irrigatio. Po zabiegu ciepłota prawidłowa. Wypuszczono chorą po 8 dniach.

4. A. T. Ab. incompletus III. m. C. 38.4 Abrasio. Irrigatio. Ciepłota spadła po zabiegu. Wypuszczono po 4 dniach.

5. A. S. Abortus incompletus II. C. 39,7°. Abrasio. Irrigatio. Następnego dnia ciepłota najwyższa 37,4, poczem stan bezgorączkowy.

6. H. W. Retentio placentae p. abortum III. m. C. 38,2. Excochleatio placentae. Następnego dnia również 38,2, poczem stan bezgorączkowy.

7. B. Abortus septicus II. m. C. 38,2°. Abrasio. Stan bezgorączkowy.

8. Sz. Abortus septicus III. m. C. 39°. Extractio ovi. Abrasio. Ciepłota spadła; chorą wypuszczono po 3 dniach.

9. Abortus incompletus III. m. C. 38,1°. Abrasio. Ciepłota prawidłowa.

10. Abortus incompletus V. m. C. 39,4°. Po opróżnieniu macicy ciepłota prawidłowa. Wypuszczona po 5 dniach.

11. Retentio placentae post abortum IV. m. C. 38,4°. Excochl. Wypuszczona po 7 dniach.

12. A. F. Abortus II. m. in tractu. Tbc. pulmonum. Ciepłota w chwili przyjęcia 38,9°. Po wykonaniu zabiegu 39°. W następnych dniach nieznaczne stany podgorączkowe w związku ze sprawą w płucach.

13. Mola hydatidosa, C. 38,4°. Extractio manualis. Stan bezgorączkowy; chorą wypuszczono po 7 dniach.

14. Abortus septicus III. m. C. 38,3°. Abrasio. Na trzeci dzień po zabiegu C. 39,1°. Chorą z powodu zapalenia opłucnej przeniesiono na oddział wewnętrzny. Tło septyczne zapalenia opłucnej nie dało się ustalić.

15. Abortus septicus incompletus II. m. C. 39,2°. Abrasio. Wypuszczona po 4 dniach.

16. Retentio placentae post abortum III. m. C. 38,3°. W dwóch następnych dniach nie było podwyższenia ciepłoty. W trzecim dniu po dreszczu C. 40,4°, w czwartym najwyższa ciepłota 38,3., następne dni bez podwyższenia ciepłoty.

17. Missed abortion. C. 39,4. Abrasio. Stan bezgorączkowy; wypuszczona po 9 dniach.

18. Abortus incompletus III. m. C. 38,4. Abrasio. Wypuszczona po 3 dniach.

19. Abortus incompletus IV. m. C. 39. Abrasio. Następnego dnia 37,5, poczem stan bezgorączkowy.

20. Residua post abortum II, m. C. 38,2°. Abrasio. Wypuszczona po 4 dniach.

21. Abortus septicus incompletus II. m. C. 38,4°. Abrasio. Stan bezgorączkowy.

22. Abortus incompletus septicus II. m. C. 39,9°. Chora przywieziona z resztkami jaja płodowego, część usunął lekarz na mieście. Po wyskrobaniu i wypłukaniu macicy ciepłota w następnych 4 dniach wahała się pomiędzy 39,1 a 40,2. W końcu pierwszego tygodnia po zabiegu stwierdzić można było wysięk, który w przeciągu następnych trzech tygodni ustąpił. Chorą wypuszczono, jako wyleczoną.

Na zasadzie własnego doświadczenia należymy zatem do zwolenników natychmiastowego opróżniania macicy, zarówno w przypadkach gorączkowych, jak i w przypadkach septycznych, a wyniki, podane wyżej, świadczą o słuszności naszego stanowiska. Jeden przypadek niepomyślny, gdzie śmierć nastąpiła w tydzień po dokonanem wyskrobaniu, nie może być zaliczony na korzyść teoryi Wintera, gdyż w ciągu trzech tygodni poprzednich chorą tę leczono metodą zachowawczą bez osiągnięcia dobrego wyniku. — Zdaniem Frommego Winter ma słuszność twierdząc, iż są przypadki, sprawiające wrażenie, jakoby opróżnienie macicy bezpośrednio przyczyniło się do pogorszenia stanu chorej, wywołując zakażenie bądź ogólne, bądź miejscowe. Jakkolwiek w tych przypadkach nie da się nigdy stwierdzić, jakim torem poszłaby sprawa, gdybyśmy zabiegu nie wykonali, to jednak przyznać musimy, że istnieje pewna kategorya poronień septycznych, stanowiących dla lekarza »noli me tangere«, która nie da się wtłoczyć w ramy jakiegokolwiek schematu, a wymaga indywidualizowania. Wyosobnienie tych przypadków z ogólnie przyjętej zasady jest rzeczą sztuki lekarskiej, która nigdy nie spadnie do poziomu szablonu.

Gdyśmy więc stwierdzili, że zasadniczo metoda Wintera ani teoretycznie, ani praktycznie nie gwarantuje w wyższym stopniu dobrego stanu roniących, niż postępowanie czynne, i że z drugiej strony statystyka zarówno innych zakładów, jak i nasza, obala zarzuty, skierowane przeciw leczeniu czynnemu, to przypomnieć musimy jeszcze jeden punkt, podnoszony przez autorów przeciw postępowaniu Wintera: w najlepszym razie przystępuje on do opróżnienia macicy w 24 godziny po przyjęciu chorej, t. j. po otrzymaniu wyniku badania bakteryologicznego, gdy tymczasem większość roniących w materyale szpitalnym i klinicznym, to kobiety, zmuszone jaknajrychlej wrócić do swych zajęć i obowiązków, które nie mogą wyczekiwać po kilka lub kilkanaście dni na samorodne ukończenie poronienia. Wreszcie warunki miejsca w zakładach tego rodzaju nie pozwoliłyby na taką, conajmniej zbytkowną metodę leczenia.

Znaczna ilość wysięków, jaką napotykał Winter u swoich chorych, a które w naszych przypadkach dostrzegamy nader rzadko, stoi naszem zdaniem bezsprzecznie w związku z przyjętą przez Wintera metodą przeprowadzania poronienia. Dla usunięcia treści z macicy łyżeczką, lub innem narzędziem, trzeba mniej gwałtownego i wydatnego rozszerzania szyjki macicy, niż dla usunięcia jej palcem, a tem samem szyjka macicy narażona jest na znacznie mniejszy uraz. Wystarcza tu podnieta, stosowana przez nas, to jest, jak podaliśmy wyżej, założenie gazy, wywołujące odruchowo pracę mięśnia macicznego — skurcze, rozszerzające szyjkę. Gaza nie rozpycha szyjki mechanicznie, natomiast blaszecznica, balony i rozszerzadła metalowe stwarzają obrażenia, czasami nieobliczalne. Gdy zaś rozszerzenie szyjki znacznego stopnia jest konieczne, jak to bywa w drugiej połowie ciąży, wtedy wybieramy zabieg chirurgiczny sposobem Dührssena, stwarzający ranę, której położenie i rozmiary zależą od operującego i która ma dobre warunki do gojenia się po zeszyciu (Dobrowolski).

Uchronienie się od niebezpieczeństwa przebicia macicy narzędziami zależy w wysokim stopniu od uwagi i ostrożności operatora, natomiast narzędzia dają zawsze większą rękojmię w kierunku aseptyki, aniżeli palec operującego.

Za zachętę do niniejszej pracy i za odstąpienie materyału składam szefowi mojemu, Prof. Dr. Dobrowolskiemu, serdeczne podziękowanie.

Z kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Jagiell. w Krakowie (Dyrektor Prof. Dr W. Jaworski).

Ulepszony sposób określania siedziby szmerów sercowych i porównywania szmerów oddechowych.

Podał

Dr Karol Mayer.

Przy każdem osłuchiwaniu klatki piersiowej porównujemy ze sobą szmery oddechowe miejsc symetrycznych, zwłaszcza szczytów płucnych, dla przekonania się głównie, czy w jednem z tych miejsc niema zaostrzenia, osłabienia szmerów oddechowych. Również zawsze porównujemy ze sobą szmery sercowe dla określenia ich siedziby. Dotychczasowy sposób takich porównywań ma różne niedogodności i nieraz jest źródłem błędów, niezależnych od badającego. Podczas odejmowania słuchawki z jednego miejsca, przenoszenia i przykładania jej oraz ucha do drugiego miejsca celem porównania ze sobą szmerów uwaga rozprasza się na te czynności, prócz tego powstaje przerwa w słuchaniu, co wszystko razem zaciera częściowo lub całkowicie wrażenie słyszanego szmeru. Nadto chory, zwłaszcza dziecko, może zmieniać sposób oddychania tak, że mylnie można przypuszczać w jednem miejscu zaostrzenie lub osłabienie szmerów oddechowych, albo też przeciwnie rzeczywiście istniejąca różnica szmerów może ujść uwadze. Oczywiście niedogodności te wzmagają się u niezbyt wprawnych, niemuzykalnych i mających małą zdolność zapamiętywania wrażeń słuchowych.



Ryc. 1

Toteż każdy badający stara się jak najszybciej przełożyć słuchawkę z jednego miejsca na drugie, czuje bowiem potrzebę skrócenia przerwy pomiędzy jednym szmerem a drugim, wiedząc z doświadczenia, że im szybciej jeden szmer po drugim usłyszy, tem łatwiej i pewniej uchwyci ich różnice. Opierając się na tem doświadczeniu, obmyśliliśmy łatwiejszy i dokładniejszy sposób porównywania szmerów tak, jak się to odbywa w akustyce przy mierzeniu wysokości tonów i w muzyce przy strojeniu. Ton jednego przyrządu muzycznego porównuje się z tonem drugiego w ten sposób, że wydobywa się oba tony równocześnie, albo jeden tuż bezpośrednio po drugim, aby ich różnica odrazu wpadała w ucho. Sposób ten daje się łatwo zastosować do osłuchiwania klatki piersiowej.

Mianowicie włóżmy sobie do każdego ucha po jednej słuchawce gumowej (znanej w handlu pod nazwą otoskopu); przyłóżmy następnie jedną jej muszlę do jednego miejsca klatki piersiowej chorego, a drugą trzymajmy tuż ponad innem miejscem (ryc. 1.) i, usłyszawszy naprzód szmer, pochodzący z pierwszego miejsca, przyłóżmy drugą muszlę do drugiego miejsca, odejmując równocześnie pierwszą muszlę od ciała, ale trzymając ją w pogotowiu blizko pierwotnego jej miejsca. Jeżeli w ten sposób będziemy naprzemian przykładać jedną muszlę, podnosząc równocześnie drugą, natenczas zbliżymy tuż bezpośrednio obok siebie oba szmery dwóch miejsc, choćby najdalej od siebie oddalonych jak, że słysząc jeden szmer natychmiast po drugim, odrazu poznamy ich różnice, czy to w głośności, czy też w ich charakterze. Jak widzimy, sposób ten nie wymaga nowej wprawy, przeciwnie jest prostszy i wygodniejszy, nie potrzeba bowiem pochylać się i przykładać ucha przy każdem przenoszeniu stetoskopu z miejsca na miejsce, co nuży przy badaniu większej liczby chorych; nie potrzeba też za każdym razem na nowo skupiać uwagi, wsłuchiwać się powtórnie, starać się zapamiętać szmer i porównywać następny szmer tylko z zapamiętanym. Zyskuje się również na czasie nietylko w kierunku badania, ale też dlatego, że się zdąży porównać jeden i ten sam wdech lub wydech w dwóch miejscach, nawet najdalej od siebie odległych, a więc choćby sposób oddychania co chwila się zmieniał, można zawsze porównywać szmery, powstałe w tych samych warunkach.

Podobnie dla stwierdzenia, w której części narządu zastawkowego serca powstają szmery, przykładamy jedną muszlę słuchawki, podnosząc nieco drugą równocześnie. Powtarzając naprzemian tę czynność w miejscach wysłuchiwania szmerów sercowych, rozpoznajemy łatwiej i pewniej, w którem miejscu szmer sercowy najgłośniej słychać, czyli w której części narządu zastawkowego szmer ten powstaje.

Również ułatwiamy sobie określenie siedziby szmerów różnorodnych, jeżeli wada zastawkowa dotyczy kilku ujść lub zastawek. W tym celu porównujemy w sposób, wyżej opisany, szmery n. p. nad końcem serca i nad tętnicą główną. Jeżeli słyszymy, że oba szmery są jednako głośne lub tylko nieznacznie się różnią, jeżeli następnie, posuwając małymi odstępami obie muszle ku sobie od pierwotnych ich miejsc, słyszymy, że oba szmery stają się coraz cichsze, natenczas możemy twierdzić, że jeden szmer powstaje w okolicy ujścia lewego żylnego, drugi zaś niezależnie od tamtego nad zastawkami tętnicy głównej. W tym samym celu można odróżnić łatwiej także charakter dwóch szmerów.

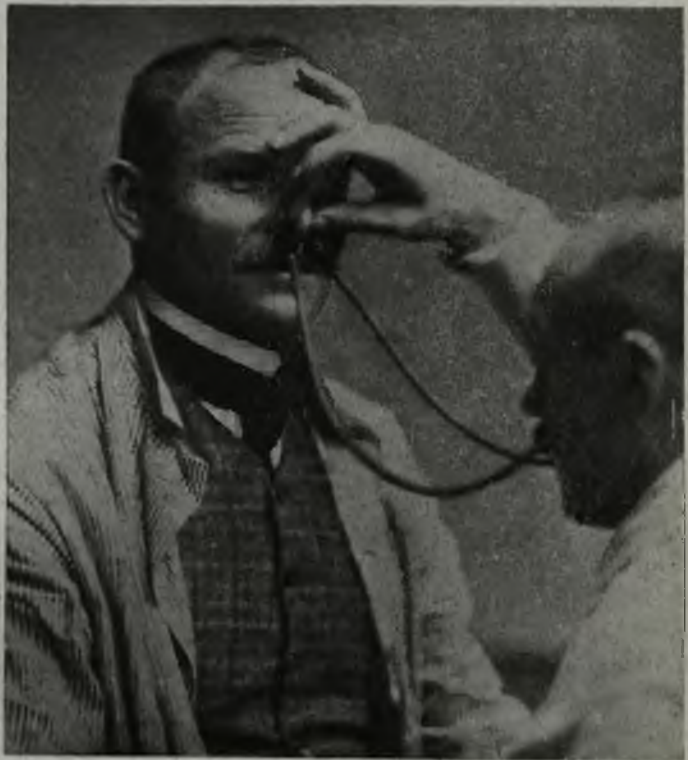
z których jeden może być muzyczny, drugi chropawy, co świadczyć może nieraz, jak wiadomo, że szmery te powstają w okolicy dwóch różnych zastawek. Sposób powyższy osłuchiwania uwydatnia dokładniej i szybciej nietylko różnice w głośności i charakterze szmerów, ale także stopień tej różnicy, co stanowi ważną zaletę, ponieważ tylko bardzo wyraźne różnice należy rozpoznawczo brać w rachubę; a daleko łatwiej stopień tej różnicy ocenić, osłuchując dwa szmery bez żadnej przerwy i mając bez ustanku tylko na nie skupiony słuch i uwagę, czego nie można osiągnąć osłuchiwaniem zapomocą jednej słuchawki. Nadto chorzy z wybitną dusznością nie mogą często powstrzymać oddechu na tyle, abyśmy mogli należycie porównywać szmery sercowe zapomocą przekładania jednego stetoskopu z miejsca na miejsce, wsłuchiwania się za każdym razem na nowo w szmer, zapamiętywania go sobie i porównywania szmeru słyszanego ze szmerem zachowanym w pamięci. Trudności te odpadają przy osłuchiwaniu dwiema słuchawkami.

Również w ten sposób łatwo odróżnić w razie potrzeby tętno płodu od n. p. przyspieszonej akcyi serca matki, przykładając równocześnie lub naprzemian jedną muszlę słuchawki do miejsca osłuchiwania tętna płodowego, drugą do okolicy serca matki.

Oczywiście zapomocą tych dwóch słuchawek można wykonać także resztę osłuchiwania, a więc nie porównawczego, przykładając jedną z nich, albo obie tuż obok siebie do klatki piersiowej.

Przy badaniu różnic szmerów tak oddechowych, jakoteż sercowych, można również o b i e s ł u c h a w k i j e d n o c z e ś n i e przykładać do dwóch odległych od siebie miejsc. Według praw, odkrytych przez Ohma i Helmholtza, ucho posiada zdolność rozkładania dźwięku złożonego na dźwięki składowe, odpowiadające ruchom drgającym prostym; »dźwięki te składowe nie są tylko podmiotowem (subjektywnem) zjawiskiem słuchu; istnieją one rzeczywiście (objektywnie) w powietrzu, przewodzącem każdy dźwięk składowy z osobna» (Helmholtz). Zdolność ucha do rozdzielania kilku dźwięków, słyszanych jednocześnie, znana jest z codziennych doświadczeń: wśród ogólnego dźwięku, wydawanego n. p. przez orkiestrę, złożoną z kilkunastu instrumentów, rozróżniamy z łatwością głosy skrzypiec, fletu trąb i t. d, choćbyśmy tylko jednem uchem słuchali. Skoro wszystkie te dźwięki, wstrząsające jednocześnie tesame cząstki powietrza w przewodzie jednego ucha, dadzą się rozróżnić, to tem łatwiej można odróżnić od siebie tylko dwa dźwięki, słyszane równocześnie. Wytłómaczenie tej zdolności ucha znajdujemy w badaniach nad właściwościami budowy i czynności ucha oraz nad ogólnemi prawami drgania ciał sprężystych. Polegając na tych wynikach badań fizyologicznych i akustycznych, wypowiedzianych krótko w prawie Ohma, możemy polecić, jako zupełnie uzasadniony sposób osłuchiwania równoczesnego dwóch szmerów sercowych i oddechowych zapomocą przyłożenia dwu słuchawek n a r a z do dwóch odległych od siebie miejsc; tem bardziej możemy to uczynić, że jeden szmer doprowadzamy sobie do jednego ucha, drugi do drugiego, co ułatwia w jeszcze wyższym stopniu rozróżnianie cech tych szmerów. Z dotychczasowych badań naszych na materyale klinicznym wynika, że najlepiej zawsze używać zarówno tego sposobu, jakoteż pierwszego, na początku opisanego, gdyż w jednych przypadkach pierwszy sposób, w innych drugi, uwydatnia lepiej różnice. Oba sposoby wymagają zaledwie kilku sekund czasu.

Podajemy jeszcze jeden sposób osłuchiwania. Mianowicie można w sposób prosty osłuchiwać tętnicę główną tak, jakbyśmy przyłożyli słuchawkę bezpośrednio do ściany tętnicy głównej w dosłownem tego słowa znaczeniu. Zdanie to nie jest bynajmniej paradoksem, czego dowodzi następujące zastanowienie się nad topografią aorty. Łuk tętnicy głównej przylega bezpośrednio do przedniej ściany dolnej części tchawicy i siedzi okrakiem na lewem oskrzelu. Od łuku aorty odchodzące najgrubsze naczynia, zwłaszcza tętnica bezimienna i tętnice szyjne (carotis), przylegają również



Ryc. 2.

do tchawicy. Dlatego przedewszystkiem tony, powstające w obrębie aorty, górują bezpośrednio w otoczeniu samej tchawicy i pobudzają do drgania cały słup powietrza w świetle tchawicy. To też bez żadnej przesady twierdzimy, że tchawica stanowi stetoskop, którego dolny koniec przylega stale bezpośrednio do ściany tętnicy głównej, górny zaś jego koniec w przedłużeniu aż do zewnętrznych otworów nosowych (przy zamkniętych ustach) możemy połączyć z uchem badającego zapomocą dwóch rurek, wetkanych szczelnie w oba otwory nosowe z jednej strony, a z drugiej w uszy badającego (rycina 2). W ten sposób tony lub szmery o takim charakterze i natężeniu, w jakiem istnieją w okolicy tętnicy głównej, dostają się tą drogą wprost do ucha badającego. I rzeczywiście pomysł ten nasz potwierdziły doświadczenia na osobach zdrowych i chorych w klinice w zupełności. Zdejmujemy muszle z tych samych dwóch słuchawek, których używamy do porównywania szmerów i wolne końce rurek wkładamy do otworów nosowych badanego chorego, przyciskając nieco dwoma palcami skrzydełka, aby szczelnie przylegały do ścian rurek

jak to wskazuje rycina 2. Choremu polecamy, aby bez żadnego wysiłku czynił dłuższą przerwę między każdym wydechem, a następnym wdechem i podczas tej przerwy zamykał usta; możemy też sami dwoma palcami przymykać choremu wargi. Oczywiście chory oddycha przez cały czas badania przez usta. Bardzo ważną jest rzeczą, aby chory nie używał żadnego wysiłku przy powstrzymaniu się od wdechu, ponieważ taki wysiłek sprawia, że struny głosowe lub nagłośnia zamykają drogę falom głosowym, jak to można laryngoskopowo stwierdzić, i wówczas w czasie przerwy nic nie słyszymy. W tem też tkwi jedyna trudność tego sposobu badania, które już wymaga pewnej wprawy. Często nie można nauczyć chorego, zwłaszcza nieinteligentnego, oddychania w ten sposób, aby przy każdym wydechu przymykał wargi i bez wysiłku spóźnił się jedynie z następnym wdechem; podczas stąd powstałej przerwy mamy właśnie usłyszeć same tony bez szmerów oddechowych. W tych przypadkach polecamy naprzód kilka razy głęboko oddychać, a następnie zmienić sposób oddychania na jak najpowolniejszy, z przestankami, i podczas każdego kończącego się wydechu przykładamy szybko naszą dłoń do ust chorego, aby szparę ustną zamknąć, wówczas bowiem najgłośniej słychać tony lub szmery sercowe.

Możnaby także przez szczelne przyłożenie słuchawki do ust, a zamknięcie nosa, osłuchiwać tony, jednakowoż z powodów, nad którymi nie chcemy się tu rozwodzić, polecamy tylko osłuchiwanie przez otwory nosowe.

Ponieważ szmery, powstające w innych ujściach i zastawkach, mogą się także udzielić tą drogą, dlatego i przy tym sposobie badania, jak wogóle przy rozstrzyganiu rozpoznania wad serca, należy polegać nietylko na wyniku osłuchiwania, ale na całkowitym wyniku badania narządu krążenia. Sposób ten jednak posiada pewne zalety zupełnie nowe, których nie ma dotychczasowy sposób osłuchiwania. Przypominamy choćby to, jak ważną rolę odgrywają stosunki przewodzenia tonów i szmerów przez części miękkie, przedewszystkiem przez płuca; jak tony i szmery zostają przytłumione, nieraz zniesione przez rozedmę płuc, wysięk i przesięk osierdny, nagromadzenie tkanki tłuszczowej. W tych przypadkach odprowadzenie tonów i szmerów wprost od tętnicy głównej przez tchawicę i przewód nosowy może oddać cenne usługi, tembardziej, że, jak wyżej wspomnieliśmy, także z innych ujść i zastawek tą drogą tony i szmery się udzielają, co przy uwzględnieniu innych szczegółów rozpoznawczych może zaważyć na szali rozpoznania. — Jak należy powyższy sposób wyzyskać dla rozpoznawania zmian chorobowych specyalnie na zastawkach półksiężycowatych, w ujściu i dalszych odcinkach tętnicy głównej, podamy w następnej pracy po rozleglejszych doświadczeniach w tym kierunku w różnorodnych przypadkach wad serca, które także dla badań elektrokardyograficznych przyjmuje klinika w znaczniejszej liczbie.

Przy dokładnem przejrzeniu całej literatury znaleźliśmy jedynie osłuchiwanie szmerów oddechowych przez usta podane najlepiej przez Takatę w Tokio [1]). Autor ten podkreśla, że tonów i szmerów sercowych albo wcale nie słychać, albo tylko niewyraźnie i wówczas tony są zawsze nieczyste. Jak przekonaliśmy się, pochodzi to stąd, że Takata pozostawiał nos otworem, trzymał słuchawkę w pewnej odległości od rozwartych ust i nie zwracał na to uwagi, aby chorzy nie używali wysiłku przy zatamowaniu oddychania, co stanowi przyczynę, że tonów często nie słyszał wcale.

[1]) Münchener med. Wochschft. 1912. str. 212. Takata, Oralauskultation i Berliner klinische Wochenschrift Nr 2. 1912.

Streszczenie:

1) Dotychczasowy sposób porównywania szmerów oddechowych i określania siedziby szmerów sercowych ma różne niedogodności i nie odbywa się w sposób, praktykowany w akustyce.

2) Niedogodności te usuwa w sposób prosty i łatwy osłuchiwanie zapomocą dwu słuchawek giętkich, z których jedną przykłada się do jednego, drugą równocześnie odejmuje się z drugiego miejsca klatki piersiowej, lub obie słuchawki jednocześnie przykłada się do obydwóch miejsc; powtarzając pierwszy sposób naprzemian obiema słuchawkami, słyszymy jeden szmer natychmiast po drugim i dlatego ostro zaznaczają się ich różnice, w czem dopomaga jeszcze drugi sposób jednoczesnego słuchania obu szmerów.

3) Przez odjęcie muszel i włożenie wolnych końców słuchawek do otworów nosowych słyszeć przez nie można tony i szmery aorty przy odpowiedniem oddychaniu chorego [1]).

JW. Panu Profesorowi Dr W. Jaworskiemu dziękuję za cenną zachętę i łaskawe odstąpienie materyału.

[1]) Po oddaniu tej pracy do druku udało się nam sporządzić przyrząd, zapomocą którego można wysłuchiwać tony serca przez nos niezależnie od sposobu oddychania chorego.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Marchetti: **O patogenezie choroby Basedowa i jej leczeniu zapomocą tyroidyny płynnej Vassalego.** (La Riforma medica Nr. 19, 1913). Opisano rozmaite zmiany anatomiczne, występujące w przebiegu choroby Basedowa (względnie Flaianiego) tak w obrębie gruczołu tarczowego, jak i w zakresie układu nerwowego ośrodkowego, nerwu błędnego i gruczołów limfatycznych okołotchawiczych i oskrzelowych, jednakże różnorodność tych zmian nie pozwala na żadne pewniejsze wnioski o przyrodzie tego cierpienia. Natomiast do stałych objawów klinicznych należy kołatanie serca, wysadzenie gałek ocznych i powiększenie tarczycy. Ponieważ wól nietylko poprzedzał inne objawy, ale był często prawie jedynym objawem w postaciach poronnych, nic więc dziwnego, że gruczołowi tarczowemu przypisywano pierwszorzędne znaczenie w powstawaniu choroby Basedowa. Po całym szeregu badań doszliśmy do przekonania, że przyczyna tej całej choroby leży w zmienionej chorobowo czynności wydzielania wewnętrznego tarczycy; jednakże i na tem polu powstały różne obozy, z których jeden przyjmował tylko ilościowe wzmożenie czynności wydzielniczej (tiroidismo puro), drugi także i zmiany jakościowe (distiroidismo); wreszcie trzecia grupa przyjmowała tylko zmiany jakościowe. Wyniki dodatnie, jakie osiągnięto dotychczas w chorobie Flaianiego, czy to przez częściowe usunięcie gruczołu, czy też przez podwiązanie naczyń tarczycy, przemawiać mogą na korzyść każdego z tych zapatrywań. Pewne nowe światło rzucają na tę sprawę badania Notkina, który z tarczycy wyodrę-

bnił dwa ciała: 1) tyreoproteid, który z początku działa podniecająco, wywołując drgawki tężcowe, i to silniejsze u zwierząt pozbawionych tarczycy — a dopiero następnie powoduje objawy porażne i 2) tyreoidynę, której działanie objawia się również wywoływaniem drgawek. Otóż tego faktu, że oba te ciała, mające takie samo działanie, nie działają trująco, mimo, że obok siebie znajdują się w ustroju, nie możemy sobie inaczej wytłómaczyć, jak tylko przyjmując ich wzajemne oddziaływanie na siebie tego rodzaju, że powstaje przez to jakiś nowy czynnik, nietylko nieszkodliwy, ale nawet konieczny dla ustroju. I rzeczywiście Notkin, wstrzykując równocześnie oba te składniki, nie spostrzegał działania trującego. Oprócz ciał, wykrytych przez Notkina, znamy jeszcze inne połączenia, które uzyskano z tarczycy. Fränkel otrzymał połączenie białkowe, które działa przyspieszająco na czynność serca; Baumann zaś połączenie jodu, azotu i fosforu, t. zw. tyreojodynę, która stanowi 0·2—0·5 % ciężaru świeżego gruczołu tarczowego. Greenfield na podstawie obrazu mikroskopowego tarczyc, pochodzących z przypadków choroby B., dochodzi do wniosku, że choroba ta jest w takim stosunku do przerostu i dystrofii tarczycy, jak obrzęk śluzowaty do jej zaniku. Opierając się na tych wszystkich danych, twierdzi M., że dopóki tarczyca drogą wydzielania wewnętrznego wytwarza te składniki, ilościowo i jakościowo w zupełności się zobojętniające, dopóty nie powstają żadne zaburzenia; zachwianie zaś tej równowagi nastąpić musi wtedy, jeżeli jeden z wytworów czynności wydzielniczej dozna zmian ilościowych, lub jakościowych. Teorya ta ma oczywiście tę lukę, że nie znamy czynnika, który właśnie wywołuje te zmiany wydzielnicze. Do swoich zapatrywań dostosował też M. i leczenie choroby B., odmienne od dotychczasowego. Z początku bowiem używano w tem cierpieniu środków ogólnie wzmacniających, jak żelazo, tran i t. p., następnie zwrócono się do hydroterapii i elektroterapii, oczywiście bez wyraźniejszych skutków, stosowano również miesienie tarczycy, antypirynę, salicyl, radioterapię. Wyniki były tutaj bardzo wątpliwe, gdyż żaden z tych środków nie uwzględniał patogenezy choroby B. Także i leczenie chirurgiczne, to znaczy częściowe wycięcie gruczołu, przyniosło zupełne wyleczenie tylko w nader małej liczbie przypadków (według statystyki Witmera 9 na 1423); i większość twierdzi dzisiaj, że leczenie chirurgiczne może tylko do pewnego stopnia dać wyniki korzystne, i to w przypadkach zwykłego wola z bardzo nieznacznymi objawami basedowizmu. Drugiemu okresowi w leczeniu choroby Flaianiego dał początek Möbius, który przyjmując za jej istotę nadmierną czynność wydzielniczą tarczycy, starał się zmniejszyć względnie zobojętnić to nadmierne wydzielanie i polecał w tym celu mięso psów, pozbawionych tarczycy, a nadto podał specyalną surowicę, t. zw. antytyroidynę. Na wzór Möbiusa stosował Lanz mleko i surowicę krwi kóz, którym wycięto tarczycę; Burgart używał krwi osób cierpiących na obrzęk śluzowaty i krwi psów pozbawionych tarczycy, a nadto t. zw. rodagenu (»rodagene«), t. j. mieszaniny cukru mlecznego i sproszkowanego mleka kóz, u których usunięto gruczoł tarczowy. M. w myśl swych zapatrywań, że choroba B. polega nie tyle na wytwarzaniu przez tarczycę nadmiernie obfitej, ile jakościowo gorszej wydzieliny, starał się podawać swoim chorym przetwory, zawierające dobrą wydzielinę wewnętrzną gruczołu tarczowego. Nie używał w tym celu całej tarczycy, jako takiej, gdyż wyniki w ten sposób otrzymane są bardzo niepewne, a czasem nawet wprost szkodliwe, tak, że wielu autorów zaleca ostrożność w stosowaniu całej tarczycy nawet w przypadkach zwykłego wola i radzi przedtem upewnić się, czy nie zachodzą równocześnie ukryte objawy basedowizmu. Natomiast stosował M. nową płynną tyroidynę Vassalego, będącą w pewien odrębny sposób sporządzonym wyciągiem tarczycy wołu, zawierającym czynne składniki gruczołu bez jego trujących nukleoproteidów. Tyroidynę tę podawał M. trzy razy dnia po 10 kropel i dochodził do 90 kropel na dzień. Nowy ten przetwór, który stosowano już z wielkim pożytkiem w przypadkach obrzęku śluzowatego, ma tę zaletę, że będąc płynem, daje się łatwo dawkować, nadto długo się utrzymuje, nie tracąc swych właściwości i nie wywołuje żadnych zaburzeń żołądkowych. Wprawdzie liczba przypadków, leczonych przez M. tym sposobem, jest niewielka (6), jednakże ich przebieg pod wpływem tego leczenia utwierdza autora w przekonaniu, że podstawą choroby B. jest dystyroidyzm.

Dr Tempka.

Higiena.

(Z posiedzeń referatowych lekarzy miejskich w Krakowie).

Jaksch: **Śmierć pozorna a cucenie** (Der Amtsarzt Nr 4. 1913). Jedynym pewnym objawem śmierci jest wystąpienie plam pośmiertnych albo rozkład zwłok. Ponieważ te dwa objawy nie powstają odrazu, ale pierwszy dopiero w kilka godzin po śmierci, drugi zaś zazwyczaj drugiego albo nawet trzeciego dnia, przeto usiłowali różni badacze podać inne pewne objawy śmierci. Halluin wkraplał eter do worka spojówkowego, przyczem u żywego człowieka powstawał odczyn z powodu drażnienia, na zwłokach zaś nie było odczynu. Icard wstrzykiwał podskórnie rozczyn fluorescyny, poczem u żywego skóra zabarwiała się żółtozielono, zaś na zwłokach pozostawała niezmienioną. Ten sam autor podał t. zw. próbę ołowiową, podlegającą na tem, że skrawek bibuły napojony octanem ołowiowym, wprowadzony do nozdrzy barwi się w nozdrzach zwłok czarno. Collonges radzi wprowadzić do ucha badającego palec zwłok, przyczem w razie pozornej tylko śmierci słychać szmer od działania mięśni, w razie śmierci istotnej nic nie słychać. Przy prześwietlaniu promieniami Roentgena zwłok widać na płycie żołądek i jelita, a nie widać ich przy prześwietlaniu u żywego. Wszystkie te objawy pomocnicze nie są jednak pewne i dlatego autor stanowczo radzi cucić przez kilka godzin każdego zmarłego śmiercią gwałtowną lub nagłą, gdyż dopiero wystąpienie plam pośmiertnych jest niezbitym dowodem, że dalsze próby cucenia będą bezowocne.

Weinsberg.

Schein: **Wyniki działalności lekarza szkolnego w Ołomuńcu w roku 1911/12** (Der Amtsarzt Nr 5 1913). Autor jest równocześnie lekarzem miejskim i szkolnym w Ołomuńcu. W roku 1911/12 zbadał w niemieckich szkołach miejskich 1556 dzieci, t. j. 94·3 % zapisanych. Zupełnie prawie bez wartości jest podawanie w odsetkach stanu odżywienia dzieci, gdyż ocena tego stanu i zaliczanie dziecka do jednej z kategoryi jest czysto podmiotowe. Słuszniejszem więc jest podawanie istotnie stwierdzonych skłonności, ale i w tym wypadku daty z różnych miast bardzo daleko odbiegają od siebie. I tak n. p. autor (okulista) stwierdził w I klasie dalekowzroczność u 80 % dzieci, natomiast Burgerstein w podręczniku higieny Weyla na 20.000 dzieci w I klasie szkół w Zurychu znalazł tylko 1·2 % dalekowzrocznych. Schein przypuszcza, że Burgerstein brał w rachubę tylko te dzieci, które żalą się na przypadłości z powodu dalekowidztwa, gdy on sam uwzględniał wszystkie przypadki znaczniejszej nadmiarowości wzroku. Wszystkie druki lekarza szkolnego wzorowano na berneńskich. Autor podnosi z naciskiem, że uważał za swoje zadanie, nie gromadzenie materyałów statystycznych, ale pouczanie rodziców i leczenie dzieci według zasady: »Wolny wybór lekarza dla dzieci zamożniejszych, bezpłatne leczenie wszystkich dzieci ubogich«. W ten sposób poddano leczeniu przez specyalistę chorób ucha i nosa blizko 200 ubogich dzieci za taryfowem wynagrodzeniem (Autor nie podaje, kto płacił to wynagrodzenie). Artykuł zawiera pod adresem lekarzy szkolnych następującą przestrogę: Nie należy ulegać »psychozie statystycznej« i gromadzić ciągle tylko cyfry. Jeden z okulistów szkolnych n. p. zbadał w jednym roku 13.354 dzieci, czyli okrągło 26.700 oczu. Tymczasem autor uważa opiekę nad 4 tysiącami dzieci przy zajęciu się tą czynnością jako główną (»im Hauptamt«),

a nad 2000 dzieci przy ubocznej czynności lekarza szkolnego (»im Nebenamt«) za maximum pracy. Wszystkie wyższe liczby mogą wprawdzie imponować laikowi, ale u fachowca muszą budzić powątpiewanie w ścisłość wyników badania. To też nie piękne tabele statystyczne leczą dzieci szkolne z blednicy, nieżytów spojówek lub męczących wyrośli gruczołowatych, a uwolnienie 10 dzieci od chorób znaczy o wiele więcej, niż zestawienie tablic z 1000 przypadków. Autor nawołuje do porozumienia się lekarzy celem wspólnego unormowania zadań lekarza szkolnego. Leczenie skuteczne ubogich dzieci przez dobrze opłacanych, nie przeciążonych pracą lekarzy szkolnych jest zdaniem autora najstosowniejszą drogą dla zyskania tej popularności, która zmusi władze szkolne do odpowiednich materyalnych ofiar na te cele.

Weinsberg.

Pedyatrya.

Hollaender. **Pasorzyt krwi wywołujący zołzy.** (Wien. med. Woch. 1913. 26 i 27.) We krwi chorych na jawną gruźlicę znalazł autor zwierzęcego pasorzyta, którego własności biologiczne stara się od dwóch lat dokładniej określić. Pasorzyt ten jest mieszkańcem leukocytów, w pewnych jednak warunkach wchodzi w ścisły związek z ciałkami czerwonemi, jakoteż pewne fazy życiowe jego odgrywają się w osoczu krwi względnie w limfie. Pasorzyt potrzebuje dla swego rozmnażania się zmiany generacyi, która odbywa się za pośrednictwem zmiany gospodarza. Pasorzyty te są to delikatne, cienkie, nitkowate, na końcu kolbowato zgrubiałe, żywo poruszające się twory, których długość równa się mniej więcej połowie średnicy ciałka czerwonego krwi. Sporozoity tego pasorzyta, który właściwie gnieździ się w drogach limfatycznych, wnikają do ciałek białych, gdzie zmieniają swe kształty, stając się okrągłe. Pasorzyt zagnieżdża się w ciałkach dużych jednojądrzastych; ciałka te następnie pęcznieją, rozpadają się, pasorzyt zaś żywi się substancyami nukleinowemi jądra komórkowego. Schizonty pasorzyta zamieniają się przez dzielenie się jądra i protoplazmy w pęcherzykowate twory, wewnątrz których wkrótce zaczyna się roić od żywych merozoitów. Rozpad tak wielkiej ilości leukocytów jest zdaniem autora przyczyną nadprodukcyi limfocytów, a temsamem powiększania się gruczołów limfatycznych. Zołzy zatem byłyby właściwie sprawą ochronną ustroju, wywołaną przez pasorzyta, »niejako malum necessarium«. Jako jednostkę chorobową należałoby zołzy z punktu etyologicznego zaliczyć do chorób wywołanych przez pierwotniaki (protozoonosis).

N.

Prof. Ad. Czerny. **O znaczeniu konstytucyi ustroju dla kliniki chorób zakaźnych wieku dziecięcego.** (Z. f. ärt. Fortb. N 24. 15. str. 913) Zarazki, wywołujące pewne choroby zakaźne, wywołują w ustroju ludzkim szereg objawów, po których możemy poznać, jakie zarazki daną chorobę wywołały. Niezawsze jednak choroba zakaźna u wszystkich chorych jednakowo przebiega. U jednych chorych jeden jakiś objaw występuje silniej, drugi słabiej; u innych chorych cały ustrój jest dotknięty silnie, u drugich znowu lekko. Zależy to tak od ilości zarazków, jak i od ich jakości (stopnia jadowitości) i od siedziby ich w ustroju. Dlatego też np. epidemia płonicy raz przebiega z 50% śmiertelności, innym razem z 5% śmiertelności. Nie możemy wszystkiego, co spotykamy przy łóżku chorego, objaśnić jedynie tymi czynnikami bakteryologicznymi. Wystąpienie bowiem tych lub innych objawów u chorego zależy również od indywidualnych właściwości ustroju tego chorego. Właściwości te mogą być wrodzone lub nabyte, dotyczyć poszczególnych narządów lub całego ustroju. Jeżeli właściwości te są wrodzone i obejmują cały ustrój, to mówimy wtedy o zboczeniach ustrojowych. Najwydatniej występują one u dzieci. Dawniej myślano, że przyczyną znacznej śmiertelności niemowląt jest niedoskonała technika, ich odżywiania. Dzisiaj technika ta zrobiła znaczne postępy, jednak śmiertelność niemowląt się nie zmniejsza, gdyż zaburzenia w odżywianiu są zależne od zboczeń ustrojowych (Konstitutionsanomalien) w organizmie niemowląt. Pewna dyeta u dziecka prawidłowego nie wywoła żadnych zaburzeń, tasama zaś dyeta u dziecka ze zboczeniami ustrojowemi wywoła długotrwałe zaburzenia, często nawet z zejściem śmiertelnem. Ale nietylko u niemowląt, lecz i u starszych dzieci w przebiegu różnych chorób odgrywają rolę wady ustrojowe. Probierzem tych wad ustrojowych w przebiegu chorób zakaźnych jest układ nerwowy. Dzieci o ustroju neuropatycznym w chorobie zakaźnej cierpią na bezsenność, są silnie pobudzone; natomiast dzieci o ustroju prawidłowym przez cały czas choroby zakaźnej śpią. U pierwszych również pobudliwość unerwienia naczyń krwionośnych jest znacznie wzmożona i od stopnia jej wzmożenia zależy rokowanie w przebiegu chorób zakaźnych. Osłabienie działalności serca w tych przypadkach nie jest niczem innem, jak odmówieniem posłuszeństwa ze strony unerwienia naczyń krwionośnych. Dzieci rodziców neuropatycznych szybko umierają już w wieku niemowlęcym. Wapń i magn w znacznym stopniu wpływają na zmniejszenie pobudliwości ośrodkowego układu nerwowego. Dlatego też chorzy na krzywicę, u których te pierwiastki są w niedostatecznej ilości, tak łatwo podlegają rozmaitym chorobom i giną. Stąd tak częste u krzywiczych drgawki, kurcz głośni, tężyczka. Dlatego też powinniśmy dzieci krzywicze w ten sposób leczyć odpowiedniem leczeniem, ażeby nie powstawał w ich ustroju brak soli wapniowych. Dzieci neuropatyczne, o ile w przebiegu choroby zakaźnej czynność nerek cierpi, łatwo dostają mocznicy. Wtedy nietylko należy pamiętać o podniesieniu czynności nerek, ale jeszcze więcej musimy stosować w porę środki uspokajające lub narkotyczne, które dotąd zyskały sobie prawo obywatelstwa jedynie przy krztuścu. Drugą wadą ustrojową jest usposobienie puchlinowe. W prawidłowym ustroju tak komórki, jak i substancya międzykomórkowa szybko się uwalniają od nadmiaru wody. Ale ten mechanizm regulacyjny u niektórych ludzi już od urodzenia działa niedostatecznie. Wtedy łatwo powstaje zatrzymanie wody w ustroju pod wpływem czynników, które na ustrój zdrowy pozostałyby bez wpływu, i występuje obrzęk. Nieznaczny stopień tej skłonności do zatrzymania wody w ustroju objawia się w tem, że dzieci takie łatwo na wadze przybierają i bardzo łatwo na wadze tracą; te różnice wagi są zależne jedynie od wahań ilości wody w ustroju. Dzieci takie, które na wadze raptownie zyskują, wyglądają na pozór tłusto. Ze względów zapobiegawczych powinniśmy się starać, ażeby dzieci, których ustrój obfituje w wodę, straciły na wadze, a więc aby ilość wody w ich ustroju się zmniejszała. Dzieciom z tem usposobieniem do zatrzymywania wody w ustroju grozi poważne niebezpieczeństwo w razie zachorowania na jakąkolwiek chorobę zakaźną. Wiele złośliwych drobnoustrojów znajduje w tych ustrojach doskonałe dla siebie warunki. Prawdziwą otyłość spotykamy u dzieci, należących do rodzin dziedzicznie skłonnych do otyłości. Jeżeli dziecko nie należy do takiej rodziny, to jego otyłość pochodzi ze skłonności ustroju do zatrzymywania wody. Ale i dzieci, nie wyglądające otyło, mogą mieć skłonność do zatrzymywania w ustroju wody. U takich dzieci musimy badać rozwój ich mięśni. Ustrój szczupłego dziecka ze słabo rozwiniętymi mięśniami zawiera wodę w nadmiarze. Ustrój szczupłego dziecka z silnem umięśnieniem zawiera wodę w małej ilości. Gruźlica np. u dzieci, skłonnych do zatrzymywania wody w ustroju, ma warunki do szybkiego rozszerzania się i przebiega bardzo złośliwie. Gruźlicy prosówkowej, a szczególniej zapaleniu gruźliczemu opon podlegają te dzieci, które na pozór znajdują się w kwitnącym stanie zdrowia; często ze względu na stan odżywienia tych dzieci lekarze wahają się w rozpoznaniu gruźliczego zapalenia opon. Dlatego też nie powinniśmy dążyć do tego, ażeby dzieci przybywały znacznie na wadze. Dzieci zaś, które podległy gruźlicy, jeżeli chcemy, ażeby gruźlica nie szła w ich ustroju szybkim krokiem naprzód,

będziemy leczyć świeżem powietrzem i światłem, starając się przytem, ażeby waga ciała nie podnosiła się, lub też nieznacznie wzrastała w przeciągu kilku miesięcy. W ten sposób zmniejszymy niebezpieczeństwo nietylko gruźlicy, lecz szeregu chorób zakaźnych, jak płonicy, błonicy i t. d.

Tadeusz Kon.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Nowo podane środki. 1) Caravonica, — wata z australskiej bawełny (ma dłuższe włókna od zwykłej bawełny afrykańskiej i amerykańskiej). 2) Chelonidin, tuberkulina z prątków gruźlicy żółwiej (podobnie chelonisol). 3) Citrospirinum, kwas acetylo-salicylowy, kofeina i morfina. 4) Cyprin z olejku cyprysowego, przeciwko krztuścowi. 5) Despyrin, — kwas acetylosalicylowy i winian potasowy. 6) Digimorvol, — naparstnica, morfina i mentol z kozłkiem. 7) Eubalsol, mieszanina cynku, boru, salicylu, gliceryny z wodą. 8) Eumecon (rzekomo przeciw morfinizmowi) składa się z salicylu, morfiny i chininy. 9) Euthalattin, przeciwko morskiej chorobie, zawiera kofeinę, teobrominę i kamforę. 10) Glycobrom, gliceryd bromowanego kwasu cynamonowego. 11) Graziola, — perfumowana i czerwono zabarwiona maść parafinowa. 12) Katapyrin-pyramidon, — kwas acetylosalicylowy. 13) Tabletki »lutein« z ciałek żółtych krów. 14) Perrheumal, — maść salicylowa. 15) Pydonal, — pyramidon i kwas acetylosalicylowy. 16) Salineol (do zewnętrznego użytku przy gośćcu) zawiera mentol i capsicum-chloroform w maści mydlanej. 17) Sennax, — glikozyd senesu. 18) Tabletki tinemellit (przeciwko cukrzycy) zawierać mają wyciąg z »Pemnus boldus molina«, z brusznic, dalej nadtlenek magnu i drożdże. 19) Theoform, — produkt kondensacyjny teobrominy z ciałem wywiązującem formalinę (zamiast diuretyny). 20) Toxynon, nowy przetwór rtęciowy do wstrzykiwań śródżylnych. 21) Tricalcol, kolloidalny przetwór fosforowo-wapniowo-białkowy do sporządzania mleka białkowego, obfitującego w wapno. 22) Tussobromin, syrup z bromoformu, akonitu, kodeiny i balsamu tolutańskiego. 23) Unguentum sanans zawiera kwas borowy, cynk i balsam peruwiański. 24) Vasohypertensin, przetwór z przysadki mózgowej. 25) Wisbola, opaska przeciw oparzeniu, zawiera bizmut i glinkę armeńską. K.

Szybkim a dogodnym sposobem mycia rąk jest 5-minutowe odczyszczanie ich t. zw. mydłem alkoholowem festalkol. Sposób ten wprowadziło ministerstwo bawarskie dla położnych. (Deutsche med. Woch. 1913, Nr 43). K.

Do leczenia wiewióra zaleca Bruck sztyfty, zawierające w środku proszek błękitu uranowego (uranobleu) (40% połączenie srebra z uranem). (Deut. med. Woch. 1913. Nr 43). K.

Przy gruźlicy płuc zaleca Alvarez naciąganie II—IV pary nerwów międzyżebrowych, co wywołuje silny nawał krwi do płuc i działać ma korzystnie na przebieg choroby. (Rev. de med. y cir. Juli 1914). K.

Wole występuje często u mieszkańców pobrzeży morskich; Taussig odnosi je do spożywania zwierząt morskich. (85. Zjazd lek. i przyr. Wiedeń 1913). K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarzy Ziemi radomskiej.

97. Zebranie ogólne z dnia 27 czerwca 1913.

Obecnych członków 15, 1 gość.

1) Na przewodniczącego zebrania wybrano kol. H. Fidlera, który poddaje pod głosowanie podniesienie wkładki członkowskiej do 16 rubli rocznie, co też uchwalono i postanowiono zwiększoną wkładkę pobierać od stycznia 1914 Poczem po odczytaniu nadeszłej korespondencyi przyjęto protokół poprzedniego zebrania.

2) Kol. Henryk Raszkes wygłasza wykład: **Postępy położnictwa i ginekologii w ostatnich czasach.** Prelegent zaznacza, że charakterystyczną cechą lat ostatnich jest rozwój metod konserwatywnych zamiast operacyjnych, jak to widzieliśmy przed kilkoma laty. Przedewszystkiem przy leczeniu drgawek porodowych coraz więcej stosują metodę Stroganowa lub duże upusty krwi według metody lipskiej. Następnie celem wzmocnienia skurczów macicznych podczas lub po porodzie wprowadzono do położnictwa leczenie zapomocą wyciągu z przysadki mózgowej (extr. hypophyseos, pituitrinum, pituglandolum i t. d.). Mięśniaki macicy, do niedawna usuwane tylko na drodze operacyjnej, obecnie leczą prawie wszędzie zapomocą promieni Roentgena. Prelegent zaznacza, że potrzeba stosować dużą ilość promieni twardych, przyczem najlepiej podzielić przestrzeń między pępkiem a spojeniem łonowem przynajmniej na sześć pól. Taksamo trzeba podzielić i okolicę lędźwiową. Każde takie pole może otrzymać 10 x, co uczyni razem w jednej seryi najmniej 120 x, twardość rury powinna wynosić 8 Benoist, jako filtr służyć powinna 3-milimetrowa warstwa aluminiowa. Po miesiącu można zastosować drugą seryę i t. d. aż do zniknięcia miesiączkowania. Również świetne wyniki otrzymujemy przy leczeniu promieniami Roentgena krwawień przekwitowych (klimakterycznych). Ostatniemi czasy promienie Roentgena zaczęto stosować z bardzo dobrym wynikiem przy rakach dróg płciowych, lecz trzeba tutaj stosować znacznie większe dawki promieni, co łatwo daje się wykonać dzięki temu, że pochwa jest o wiele mniej wrażliwa na promienie Roentgena, niż skóra. W tych samych cierpieniach z jeszcze większym wynikiem stosują rad. Najlepsze metody wprowadziła i stosuje klinika berlińska Bumma. W końcu opisał prelegent nową metodą rozpoznawania ciąży zapomocą badania krwi kobiecej według Abderhaldena. Prelegent wyłożył rozumowania Abderhaldena, dzięki którym Abderhalden doszedł do swej nowej metody; opisał metodę optyczną i dyalizacyjną, podał wyniki, otrzymane w różnych klinikach przez rozmaitych autorów. Jedyną złą stroną tej znakomitej metody jest, według prelegenta, to, że wymaga nadzwyczajnej ścisłości, przeto może być stosowana tylko w bardzo dobrze urządzonej pracowni (Streszczenie własne).

W dyskusyi kol. Fidler, uzupełniając odczyt kol. Raszkesa, skreślił **teoryę oraz wyniki badań Abderhaldena**, nadmieniając, że komórka styka się z rozmaitemi ciałami zewnętrznego świata, z których jedne są dla niej zupełnie nieprzydatne, inne służą do pożywienia, zaś jeszcze inne, przedostawszy się do wnętrza komórki, mogą w niej wywołać poważne uszkodzenia. Komórka posiada rozmaite urządzenia ochronne wobec zewnętrznych czynników: 1) otoczka chroni ją od wtargnięcia niektórych przetworów; 2) pewne ciała ulegają unieszkodliwieniu przez hydrolizę, utlenienie, rozkład i wytworzenie nowych związków chemicznych; 3) przy pomocy swoistych zaczynów komórka oddziaływa na niektóre substancye. — Rola zaczynów polega na: 1) odpowiedniem przygotowaniu materyału, przeznaczonego na spalenie i stopniowem wywabianiu zawartej w nim energii; 2) dopomaganiu komórce w uporządkowaniu swej budowy przez odbudowanie materyału, spajanie cząsteczek tegoż w celu wytworzenia odpowiedniej cegiełki komórkowej i łączenie różnorodnych cegiełek dla utrzymania swoistej budowy komórek. Wprawdzie nie znamy na-

tury zaczynów, lecz znamy ich swoiste działanie oraz poważny wpływ na przemianę materyi w komórce.

Ustrój jako zespół komórek w postaci tkanek i narządów, powtarza tesame czynności: odbudowuje i przebudowuje dostarczony materyał, unieszkodliwia, spaja, a wreszcie usuwa wytwory przebudowy przy pomocy odpowiednich narządów. By do ustroju nie wtargnęło nic niepożądanego, nic obcogatunkowego, nic, coby zakłócało harmonię ustrojową, istnieją dwie zapory: 1) Wątroba (komora celna według udatnego wyrażenia prof. Nawrockiego), wciśnięta pomiędzy przewód pokarmowy a resztę ustroju. Przez nią przepływa krew, naładowana materyałami odżywczymi. Podlega ona tam szczegółowej rewizyi ze strony każdej komórki wątrobowej, by do ogólnego krążenia resp. do ustroju nie przedostało się nic obcogatunkowego. 2) Układ chłonny (izba kontrolująca), który, wtłoczony pomiędzy komórki ustrojowe a krew, baczy, aby również żadne obce ciało (obcogatunkowe) nie przeszło do krwi. Wytwory rozkładu (Abbau) komórek, chłonięte przez limfę, ulegają jeszcze dalszemu rozkładowi, a może bywają zużytkowane do rozmaitych syntez. Ze wszystkich stron czynione są zabiegi, aby we krwi krążyły jedynie ciała współrodne dla niej, w komórkach zaś współrodne dla tychże. Mamy tedy ciała współrodne dla komórek (zelleigen) i takież dla krwi (bluteigen). Ciała, specyalnie zbudowane dla krwi, są obce dla komórek i odwrotnie. Nawet pomiędzy ciałami, zbudowanemi dla komórek, zachodzą różnice. Są one również wzajemnie dla siebie obcogatunkowe, zależnie od swoistości komórek resp. narządów; są też i ciała wspólne dla wszystkich tkanek. Naprzykład ciało współrodne dla tarczycy może być obcogatunkowe dla nadnercza i odwrotnie. Ciała, opuszczające komórkę w stanie niedostatecznego rozkładu, są obcogatunkowe dla krwi. Również n. p. niedostatecznie rozszczepione składniki tkanki mięśniowej muszą być obcogatunkowe dla serca. Gdyby się one dostały tam w podobnym stanie, musiałyby wywołać zaburzenie w przemianie materyi komórek.

Wszystkie badania nad budową i przemianą materyi w komórkach wiodą niezbędnie do wniosku, że w ustroju, w tem wielkiem państwie komórkowem, komórki pracują w harmonijnym zespole. Harmonia ta niejednokrotnie ulega zakłóceniu, a mianowicie: 1) Gdy do krwi wtargną substancye, niedostatecznie rozszczepione wskutek tego, iż komórkom zbrakło zaczynów. Wtedy występują rozmaite zaburzenia, przeciwko którym ustrój, jak tego dowodzi patologia, broni się energicznie wszelkimi sposobami, oraz posiadanymi przezeń środkami. 2) Gdy do ustroju wtargnie obca komórka o obcogatunkowej budowie i obcej przemianie materyi. 3) Gdy komórki ustrojowe zmieniają swą budowę (rak, mięsak). Skąd się biorą zaczyny ochronne? Przeważnie z leukocytów, w pewnej mierze z czerwonych ciałek i płytek krwi.

Należy pamiętać, iż 1) ustrój broni się przed związkami złożonymi, a podatnymi do odbudowy przy pomocy zaczynów w pewnych jedynie granicach; 2) przez wykrycie czynności tychże zaczynów można wnosić o czynności danych narządów; 3) ustrój uruchomia swoiście nastawione zaczyny, czem składa dowody, iż składowe części jego różnorodnych tkanek posiadają budowę, swoistą dla odpowiedniej grupy komórek: 4) ochronne zaczyny stanowią odczynnik na charakterystyczną typową budowę składowych części określonego gatunku komórek. Tymi więc sposobami przez działanie surowicy danego ustroju na daną tkankę (resp. peptony z tejże) można wykryć w tejże surowicy istnienie zaczynów, działających (nastawionych) na tęż tkankę.

Powyższe dotyczy stanów patologicznych lub zbliżonych do nich, jak ciąża. Albowiem w prawidłowych warunkach nie zdołano wykryć zaczynów na zdrową, prawidłową tkankę danego gatunku. Widocznie w warunkach prawidłowych przedostają się do krwi resp. osocza substancye dostatecznie odbudowane, przeciwko którym ustrój niema potrzeby się bronić. Lecz gdy wystąpi zaburzenie w przemianie materyi, wtedy natychmiast zjawiają się i swoiste zaczyny. Udało się tym sposobem wykryć ciążę przez działanie surowicy ciężarnych na peptony prawidłowego łożyska, jak również stwierdzić obecność raka przez działanie surowicy rakowatych na peptony tkanki rakowatej. Można będzie wreszcie przy pomocy tej metody studyować wzajemną zależność narządów. N. p. po usunięciu tarczycy poczyna niedomagać narząd, od tarczycy zależny, wskutek czego zjawiają się we krwi niedostatecznie odbudowane ciała z tego narządu, które wykryjemy przy pomocy dializy lub metody polarymetrycznej. Może dzięki tej metodzie uda się wykryć istotne źródło braków pewnych czynności (Ausfallerscheinungen), które do tej pory uzależnialiśmy od pewnych narządów, gdy tymczasem cierpi może inny, nie zaś domniemany do tej pory narząd.

Pewna część ochronnych spraw ustroju przeciwko zakażeniom wszelkiego rodzaju polega na uruchomieniu zaczynów, które pozbawiają obcogatunkowy materyał swoistej, dla gospodarza obcej budowy bez względu na to, czy to będą pośrednie lub ostateczne wytwory przemiany materyi obcej komórki, czy też cząsteczki, powstające przy jej rozpadzie. Oprócz tego w tej walce grają prawdopodobnie rolę inne czynniki, jak utlenienie, redukcya, metylizacya, acetylizacya, rozszczepianie i ponowne łączenie wytworów w najrozmaitszy sposób, by utworzyć ciało dla ustroju nieszkodliwe.

Metoda Abderhaldena ma bardzo doniosłe znaczenie dla rozpoznania i leczenia.

a) Dotychczasowe rozpoznawcze metody biologiczne wskazywały, iż ustrój jest lub był dotknięty pewnem cierpieniem zakaźnem. Tuberkulinizacya, odczyny Widala, Arloing-Courmonta, Wassermanna, pozwalają na rozpoznanie etyologiczne. Nie dają one jednak wskazówek, gdzie się mieści siedlisko cierpienia, jaki narząd w danej chwili jest chory i czy wogóle którykolwiek narząd w istocie jest dotknięty swoistem cierpieniem. Tymczasem odczyn Abderhaldena umożliwia dokonanie rozpoznania anatomicznego resp. wprowadza czynnik topodyagnostyczny (wreszcie nietylko w chorobach zakaźnych).

Weźmy dla przykładu przymiot w późnym okresie. Dodatni wówczas odczyn Wassermana dowodzi, że ustrój jeszcze cierpi swoiście (nb. niezupełnie się zgadzam z powyższym poglądem), lecz czy w istocie cierpienie ma siedlisko anatomiczne, czy dotknięty jest ten lub inny narząd, o tem odczyn Wassermanna nic nie mówi. A jest to sprawa niezmiernie ważna. Innem będzie rokowanie, gdy przy pomocy odczynu Abderhaldena dowiemy się, że chora jest tkanka mięsna lub kostna, a innem, gdy cierpi mózg, serce lub nerki. Jeszcze jeden przykład. Byłoby bardzo pożądanem, by można było stwierdzić już we wczesnych okresach przymiotu, czy zakażeniu uległy ważne dla życia narządy (serce, mózg, nerki). Odczyn Wassermanna z płynu mózgowo-rdzeniowego, wykonany w II okresie, pozwala wnosić o przymiocie ośrodków nerwowych. Lecz podobnego bezpośredniego dowodu co do serca i nerek zdobyć nie możemy. I tutaj właśnie odczyn Abderhaldena oddałby nam olbrzymie usługi zarówno pod względem rozpoznawczym, jak w rokowaniu oraz leczeniu.

Weźmy odczyn Widala. Mamy przed sobą ciężkie zapalenie płuc lub nerek z objawami durowymi. Czy więc chodzi o powikłanie istotnego duru brzusznego, czy też o pierwotny dur płucny lub nerkowy (pneumotyphus, nephrotyphus). Seroreakcya ustala rozpoznanie duru brzusznego, zaś odczyn Abderhaldena umożliwi rozpoznanie narządowe. Może przekonamy się wtedy, że narząd chłonny w jelitach pozostał nietknięty i że prątek durowy odrazu usadowił się w tkance płucnej lub nerkowej i t. d.

Kombinacye metody serologicznej z fermentacyjną rozszerzą widnokręgi i uzbroją naszą wiedzę dyagnostyczną w subtelną dokładność.

Wyniki naszych badań rozpoznawczych byłyby jeszcze o wiele subtelniejsze i zupełnie bezbłędne, gdybyśmy mieli

n. p. w przymiocie swoisty odczyn Wassermana z wydzieliny chorych narządów. Mam tu na myśli cierpienia żołądka lub nerek na tle przymiotowem. Opisanym tego rodzaju przypadkom (n. p. wrzód żołądka) brak niezbitego dowodu w postaci odczynu Wassermana z treści żołądka lub moczu. Wobec tego nie możemy ze spokojem naukowym stosować swoistego leczenia w podobnych przypadkach. Będzie to jeszcze pewien hazard. Dotyczy to szczególnie nerek, niezmiernie czułych na działanie metali ciężkich, a w pierwszym rzędzie na Hg. Opisano kilka przypadków obecności odczynu Wassermana w moczu. Ja sam stwierdziłem to w jednym przypadku ciężkiego obrzękowego zapalenie nerek z zejściem śmiertelnem. Niestety nie mogłem dokonać badania pośmiertnego, przeto nie wiem, czy w istocie był to przymiot nerek, czy też cierpienie od przymiotu niezależne. Wczesne ustalenie poczynającego się cierpienia nerek przy pomocy metody Abderhaldena wtedy, gdy nawet czynnościowe sposoby badania ich sprawności nie wykrywają jeszcze zmian, uchroni chorego od ciężkich cierpień w przyszłości. A czy swoiste leczenie usunie dokonujące się zmiany resp. czy te zmiany w istocie zawdzięczają swe powstanie swoistej przyczynie, na to odpowie następujący punkt.

b) Przy pomocy metody Abderhaldena będziemy mogli sprawdzić, czy środek leczniczy dosięgnął chorego narządu. Będzie to więc istotny sprawdzian dla topoterapii.

Były mój profesor Lambl, nihilista w terapii, z ironią mawiał, iż do każdego stosowanego środka należy przylepić adres, według którego przesyłka iść powinna. Otóż dzisiaj musiałby być bardziej wstrzemięźliwy, albowiem dzisiaj przy pomocy metody Abderhaldena adresowanie stanie się możliwem. Jeżeli po stosowaniu danego środka zginą zaczyny ochronne przeciwko choremu narządowi, tedy skutek jest niewątpliwym, zaś adres właściwym.

W chorobach zakaźnych będziemy poszukiwać zaczynów ochronnych przeciwko danym drobnoustrojom, jak również, czy chora tkanka ulega odbudowaniu przez surowicę. Gdy dalsze badania wykażą, że ustrój z powodzeniem się broni przeciwko zakażeniu przy pomocy odpowiednich zaczynów, tedy w leczeniu będziemy mogli postępować celowo. Wskazanem tedy będzie wytworzenie zaczynów ochronnych, nastawionych na odpowiednie drobnoustroje, przez wprowadzenie wraz z surowicą tychże drobnoustrojów lub też pewnych ich składowych części. Jednem słowem metoda Abderhaldena otwiera szerokie widnokręgi dla rozpoznania i leczenia. Przyczyni się też niewątpliwie do wyjaśnienia wielu spraw w dziedzinie odporności ustrojowej.

Dotychczas metoda Abderhaldena znalazła zastosowanie w rozpoznaniu wielu cierpień.

Abderhalden badał 300 przypadków co do ciąży. Z wyjątkiem jednego przypadku (prawdopodobnie poronienie) we wszystkich pozostałych rozpoznanie się sprawdziło. Serodyagnostyka ciąży zostało potwierdzona przez wielu badaczy, jako to: Frank, Heimann, Frantz, Jarisch, Schlimpert, Henry, Ferrari, Decio, Schwartz, Mac Corda, Ehler, Hirschfeld, Stange, Epstein, Rübsamen, Schiff, Lichtenstein, Jonas, Manabran i innych. Ecale (Paryż) w 31 przypadkach ciąży stale otrzymywał wyniki dodatnie. Również u kobiety z ciążą zewnątrzmaciczną. Z pośród 24 kobiet niecieżarnych w 9 przypadkach wynik był dodatni. Delbert (Paryż) twierdzi, iż wynik dodatni w każdym przypadku przemawia za ciążą. U chorych na rzucawkę (eclampsia) białko w moczu (według Abderhaldena) ulega odbudowaniu pod wpływem surowicy ciężarnych. Pomimo dużych odsetek wyników dodatnich nie brak i protestów. Freund i Brahm w 30% przy ciąży otrzymywali wynik ujemny. Również Engelhorn i Behne donoszą o niepewności metody, co Abderhalden przypisuje błędom w badaniu.

Następnie badano metodą Abderhaldena co do raka. Ebstein na 37 przypadków w 36 otrzymał wynik dodatni. Jedynie u jednego 80-letniego chorego wynik był ujemny. W żadnym przypadku białko łożyska nie uległo odbudowaniu. Odwrotnie z surowic 47 chorych nierakowych, lecz z innemi ciężkiemi cierpieniemi i ogólnym upadkiem sił, w 46 wynik był ujemny. Paltauf opisuje następujący przypadek. Tkanka nowotworowa 61-letniej chorej nie uległa odczynowi pod wpływem surowicy rakowej, natomiast uległa odczynowi pod wpływem surowicy ciężarnej. Rozpoznanie brzmiało: chorionepithelioma malignum. Bauer badał surowicę różnych chorych na rozmaite narządy: tarczycę, przysadkę mózgową, jajniki, jądra, nadnercza, trzustkę, grasicę, wątrobę, nerki, naczynia i na białko krwi. Stwierdził też, iż w wielu przypadkach surowice czyli zaczyny rozszczepiają białko narządów, chorobowo zmienionych u danego osobnika. Spostrzegał też, iż surowica kobiet była nieczynną wobec męzkich gruczołów płciowych. Poszukiwanie zaczynów na białko krwi doprowadziło autora do wniosku, iż odczyn Abderhaldena może mieć znaczenie w rozpoznaniu pochodzenia niedokrwistości. Gdy w przypadkach niedomogi szpiku kostnego surowica nic zawiera zaczynu na białko krwi, to w niedokrwistości wskutek rozpadu czerwonych ciałek odczyn ten jest obecny. Kolb badał wpływ surowicy na grasicę i stwierdził, iż surowica ludzi zdrowych nie zawiera zaczynów czynnych wobec jakichkolwiek narządów; również surowica młodych osobników z grasicą prawidłową nie działa na tkankę tegoż narządu. W chorobie zaś Basedowa (w większości przypadków) odczyn z grasicą wypadł dodatnio.

Abderhalden znajdował w obrzęku śluzowatym i w chorobie Basedowa zaczyny przeciwko grasicy, tarczycy, a często i przeciwko jajnikom. Inne narządy nie ulegały działaniu. Bauer stwierdził przy twardzinie skórnej (sklerodermia) zaczyny przeciwko tarczycy, Wegener przy zapaleniu nerwów — przeciwko mięśniom. W gruźlicy prosówkowej obecne są zaczyny przeciw prątkom gruźliczym. Zdaje się, iż surowica bydła perliczego może działać jedynie na typ perliczy (jeszcze jeden dowód odrębności perlicy od ludzkiej gruźlicy). Serowate płuco nie ulega zmianie pod wpływem surowicy chorych na gruźlicę prosówkową, lecz jedynie pod wpływem surowicy cierpiących na serowate zapalenie płuc.

Fanser wielokrotnie stwierdził, że w otępieniu wczesnem ulegają działaniu gruczoły płciowe i kora mózgowa, przyczem surowica chorych kobiet nigdy nie działa na tkankę jąder, zaś mężczyzn — na tkankę jajników. W porażeniu postępującem działaniu ulega kora mózgowa.

Przy pomocy metody Abderhaldena można będzie wyjaśnić etyologię wielu cierpień, do tej pory jeszcze ciemnych, jak chorób przemiany materyi, skóry, wreszcie współczulnego zapalenia oczu (ophthalmia sympathica). Oprócz tego będziemy mogli stwierdzić, jakie narządy ulegają wpływowi trucizn, jak ołów, nikotyna, alkohol, eter, chloroform, morfina i t. p.

Teorya Abderhaldena jest bardzo ponętną i obiecuje wielorakie korzyści w wielu działach biologii, patologii, dyagnostyki i terapii. (Streszczenie własne).

Sekretarz: Dr T. Rakowski.

Powstanie i rozwój sanatoryalnego leczenia gruźlicy płuc.

Podał
Dr Antoni Kuczewski z Zakopanego

(Dokończenie.)

Jest cechą wybitną charakteru narodu angielskiego jego zamiłowanie do ruchu, i to na świeżem powietrzu. Gdy chorzy z W. Brytanii w braku własnych zaczęli w ostatniej ćwierci zeszłego stulecia tłumnie zapełniać południowo-niemieckie uzdrowiska, naturalnie tylko te z nich trafiały do ich przekonania i zaufania, które były oparte na czystych wzorach Brehmera bez domieszek Dettweilerowskich, to zna-

czy, uwzględniały ruch, a nie hołdowały »Liegekur«. «Dettweilers method was not calculated to harden the patient or to complete his recovery« — »metoda Dettweilera nie da się pogodzić z hartowaniem chorego i nie może mu zapewnić zupełnego wyleczenia«, wydaje sąd o »Liegekur« znany w Anglii badacz w zakresie leczenia sanatoryalnego gruźlicy, Dr. F. R. Walters (11). Tem się tłómaczy, dlaczego uzdrowisko Nordrach-Colonie, które uwzględniało fizyczne ćwiczenia w szerokiej mierze, wywarło taki wpływ na ruch sanatoryalny w Zjednoczonem Królestwie (11.). »Nearly all the British sanatoria in fact, profess to base their treatment on Walters practice» stwierdza ten sam pisarz (11). Idea Bodingtona musiała upaść pod ciężarem śmiechu i szyderstw we własnym kraju, aby po upływie przeszło pół wieku być przemycaną do ojczyzny, ale już jako »made in Germany«! (14.)

W Niemczech tymczasem ruch sanatoryalny rósł i potężniał; od chwili zwłaszcza wprowadzenia w r. 1884 ubezpieczenia społecznego od choroby, a w r. 1891 od niezdolności do pracy przybrał on rozmiary »wojny świętej« przeciwko gruźlicy według określenia prof. Kayserlinga (17). Pierwsze ludowe sanatoryum powstaje w Niemczech w r. 1893 w Dannenfels w Badenii (16.). Zakłada jedla swych robotników Badeńska fabryka sody i farb anilinowych w Ludwigshafen a, Rh. Drugiemu sanatoryum w Ruppertshain, otwartemu w r. 1895, daje początek sam Dettweiler (12). Punkt ciężkości całej walki z gruźlicą w pierwszym jej okresie przenoszą Niemcy, jak sami nawet to przyznają (17), na sanatorya. Nawet ich Centralny Komitet, założony w r. 1895, przez pierwsze 10 lat swego istnienia aż do roku 1905 zamiast teraźniejszej nazwy »zur Bekämpfung der Tuberkulose« nosił nazwę »Deutsch. Zentr. Kom. zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke«.

W innych krajach powstawały kolejno w porządku chronologicznym pierwsze uzdrowiska ludowe: w r. 1884 w stanie New York »Adirondack Cottage San«. założone przez Dra E. L. Trudeau (27.); w r. 1891 rosyjskie w Halila w Finlandyi (większość miejsc jest płatna) (22); w Anglii z inicyatywy i staraniem Dra R. W. Philipa w r. 1894 pod nazwą »Royal Victoria Hospital« na przedmieściu Craigleith w Edynburgu (19), pomijając już wspomniane i inne późniejsze pośród rozmaitych większych miast oraz Londynu położone szpitale dla gruźliczych; w Szwajcaryi zostaje otwarte w r. 1895 ludowe sanatoryum w Heiligenschwendi w Kantonie Bern (18); w Norwegii w r. 1897 w Molde (15); w Austryi z inicyatywy prof. Schröttera w r. 1898 w Alland pod Wiedniem (20); we Francyi w r. 1900 w Hauteville około Lugdunu (21); w Szwecyi w r. 1900 San. »Halahult» (15); w Hollandyi w 1901 w Renkum (15); w Danii w r. 1901 uzdrowisko Boserup około miasta Roskilde; w Polsce w r. 1900/1 *) powstaje »Bratnia Pomoc« w Zakopanem o charakterze ludowego uzdrowiska i w Belgii sanatoryum Borgoumont około Liège w r. 1903 (21).

Przechodząc do dalszego w chronologicznym porządku rozwoju sanatoryalnego leczenia gruźlicy płuc w Anglii, nie podobna nie zatrzymać się nad ogólną walką z gruźlicą w tym kraju. Uzdrowisko bowiem ludowe tutaj, jak również w Danii, bardziej, niż gdzieindziej, staje się zależnem i złączonem z innymi spółczynnikami ruchu przeciwgruźliczego.

Anglia, mimo że z krzywdą dla własnej myśli, jak to widzieliśmy wyżej, sięgnęła po wzory dla sanatoryów do Niemiec, prowadziła wszakże i prowadzi walkę z gruźlicą według własnego, oddawna wyrobionego i wypróbowanego sposobu. Środki zapobiegawcze, prawodwstwo hygieny społecznej, uzdrowotnienie miast, a zarazem mieszkań przeprowadza Anglia wytrwale a konsekwentnie już od r. 1843 i w walce wogóle z chorobą zdobywa znakomite wyniki także na polu wyplenienia gruźlicy (23). Śmiertelność z tej choroby, mimo wielkiego uprzemysłowienia i przeludnienia kraju, spada do poziomu niezwykle nizkiego, bo do 14 na 10 tys. ludności w r. 1912 (24).

Równocześnie w ojczyźnie Bodingtona i Mac Cormaca nie ustaje samodzielna praca myśli twórczej, skierowana wyłącznie przeciwko gruźlicy. Jest faktem dla walki z gruźlicą niezmiernie ważnym, acz bardzo mało znanym, że w r. 1887 w Edynburgu już wspomniany Dr. R. W. Philip zakłada swoje »the Anti-Tuberculosis Dispensary«. Ogólnem jest mniemanie, że Belgijczyk prof. Malvoz w r. 1900 w Liège, a właściwie prof. Calmette w r. 1901 we Francyi w Lille stworzyli pierwsze »Dispensaire«. Widzimy wszakże, że Dr. Philip o 14 lat wyprzedził tego drugiego, a o 13 pierwszego.

Co więcej i co najważniejsza, twórczy umysł tego nowego Bodingtona nie zasklepia się na wzór francuski wyłącznie w tej instytucyi przeciwgruźliczej. On jasno zdaje sobie sprawę, że to tylko jedno z ogniw w systemie środków przeciwgruźliczych i żmudnie, wytwale, śród zupełnej obojętności spółkolegów w zawodzie pracując, stopniowo dodaje inne ogniwa i stwarza najgłębiej i najwszechstronniej obmyślany t. zw. »Edinburgh Anti-Tuberculosis Scheme« walki z plagą ludzkości (15).

Gdy inni lekarze wielkobrytańscy, jak widzieliśmy, zwracają się po wzory dla uzdrowisk do Niemiec, Dr. Philip samodzielnie stwarza w r. 1894 wymienione już sanatoryum »Victoria Hospital« około Edynburga, które wchodzi w najściślejszy związek i łączność z powyższą przychodnią.

Nadto, nieuleczalnych chorych umieszcza się w »the Hospital for advanced Cases«; w ostatnich czasach, bo w r. 1910, powstaje według pomysłu tegoż Dra Philipa »the Farm Colony for Convalescents« w Polton o 9 mil angielskich od Edynburga.

Jeżeli do tych wszystkich ogniw dodać jeszcze jedno miejscowy w gminie urząd zdrowia, który w W. Brytanii wskutek zupełnego braku biurokratyzmu, jest, jak zresztą wszystkie inne urzędy, w najściślejszym z obsługiwanem przez się społeczeństwem związku, — to będziemy mieć, jak to obrazowo przedstawia załączony do cytowanego wielokrotnie (15) dzieła rysunek, cały system Dr. Philipa, czyli t. zw. Edynburski. W środku jego, jak słońce, znajduje się przychodnia, wysyłająca na wszystkie strony promienie— łączniki: do urzędu zdrowia, do szpitala dla nieuleczalnych, do ludowego uzdrowiska i do wiejskiej kolonii dla ozdrowieńców. Poza tem wszystkie te odśrodkowe instytucye mniej lub więcej ściśle są powiązane z sobą. Linie ciągłe na rysunku wyobrażają ścisły, linie przerywane luźniejszy związek.

Zakres niniejszego artykułu nie pozwala mi na jak najszczegółowsze rozpatrzenie tego wzorowego systemu walki z gruźlicą. Poprzestając przeto na grubym zarysie i odkładając dokładne opracowanie poruszonego tematu do osobnej pracy, przechodzę dalej do leczenia gruźlicy płuc w angielskich uzdrowiskach.

Jak widzieliśmy, poza Dr Philipem, Anglicy przy budowie pierwszych swoich sanatoryów w ostatnim dziesiątku ubiegłego stulecia wzorowali się na niemieckim zakładzie Dr O. Walthera w Nordrach-Kolonie. Prędko wszakże otrząsnęli się od obcego wpływu. Gdy się bada spółczesne angielskie sanatorya ludowe, to jakby się widziało w nich zmartwychwstałego ducha i myśl przewodnią Bodingtona.

Przedewszystkiem cechuje je ogromna prostota w urządzeniu. Wówczas, gdy niszczenie plwociny, kanalizacya i inne urządzenia higieniczne są wszędzie przeprowadzone bez zarzutu, — pomieszczenie dla chorych jest jak najskromniejsze. Baraki w rodzaju Döckerowskich nie są tu rzadkością; w Niemczech zaś tylko wyjątkowo służą one do umieszczenia chorych, i to latem. Zdarzają się nawet sanatorya bez opalania. »Chłód w naszym klimacie nigdy nie może być za ostry« mówi Bodington. Spółcześni lekarze wielkobrytyjscy dodają nadto, gdy widzą zdumienie zwiedzającego ich uzdrowiska cudzoziemca, że lud Zjednoczonego Królestwa jest na zimno i na słotę wytrzymały.

*) W roku 1900 zostało zawiązane towarzystwo, w r. 1901 na wiosnę powstało samo uzdrowisko.

Tem tłómaczy się też ciągle bez względu na porę roku, dnia i na stan powietrza trzymanie otworem nietylko okien, ale drzwi angielskich sanatoryów. Sprawa przeciągów tu jakby nie istniała. Anglicy przynajmniej, nawet w uzdrowiskach dla gruźliczych, nie chcą o nich nic wiedzieć. Nigdzie przeto, w żadnym innym kraju nie można się spotkać takiego nieograniczonego zażywania świeżego powietrza przez chorego, jak w sanatoryach wielkobrytyjskich. Tutaj również nasuwa się na myśl przykazanie Bodingtona, zalecającego »życie i oddychanie świeżem powietrzem bez względu na wiatr i słotę«.

Przeważająca większość sanatoryów jest małych rozmiarów, obliczona na 30—50 chorych, co dodatnio odbija od pięknych wprawdzie, ale co do ogromu swego na koszary zakrawających niemieckich uzdrowisk. Zdarzają się wprawdzie i w W. Brytanii wielkie zakłady, jak n. p., King's Edward VII, jak Crossley (około Chester) i inne sanatorya, ale one rzadko przekraczają 100 łóżek i nigdy nie dochodzą do takich potwornych wprost rozmiarów, jak sanatoryum pruskie w Beelitz, liczące przeszło 900 chorych. Zresztą, jeżeli angielskie sanatoryum mieści nawet 200 i więcej łóżek, to najczęściej rozpada się na oddzielne pawilony. Do takich n. p. należą: Edynburski »Victoria Hospital«, »The Abbey sanatorium« około Belfastu w Irlandyi, »Ventnor Hospital« na wyspie Wight i zresztą Benenden w hrabstwie Kent. Większość uzdrowisk angielskich jest murowana, ale zdarzają się, i to nierzadko, z drzewa.

Sprawa oddzielenia płci w wielkobrytyjskich sanatoryach ludowych jest jedną z najbardziej palących. Wszędzie przeziera usiłowanie budowania osobnych zakładów dla każdej płci. Gdzie zaś warunki na to nie pozwalają, starają się przeprowadzić jak najściślejsze odgrodzenie jednej płci od drugiej. Zresztą nie dzieli tu z niewielu wyjątkami — żadna różnica wielkobrytyjskich od innych lekarzy. Czy to w Niemczech, czy w Danii, czy w Szwajcaryi, panuje pod tym względem jednozgodne z Anglią zapatrywanie.

Odżywianie chorych w angielskich sanatoryach ludowych co do jakości jest bez zarzutu. Co do ilości, to podawane do stołu potrawy spożywają chorzy bez ograniczenia. Za napój przy posiłku służy mleko samo, albo, stosownie do upodobania chorego z wodą sodową.

Najbardziej wszakże charakterystyczną cechą leczenia w uzdrowiskach Zjednoczonego Królestwa jest t. zw. »graduated labour«, praca dawkowana, przeciwstawiona niemieckiej »Liegekur«. Istnieją wprawdzie w Niemczech takie sanatorya ludowe, w których praca fizyczna na świeżem powietrzu jest stosowana, jako czynnik leczniczy, ale są to wyjątki, które bez wielkiego wysiłku pamięci dadzą się odrazu policzyć. Przeważająca większość lekarzy niemieckich-specyalistów, zapatrzona w Dettweilera, odnosi się do niej conajmniej niechętnie, gdy w Anglii, narówni z Danią, praca dawkowana stanowi jedną z głównych podstaw całego systemu leczenia. W takich sanatoryach, jak Edynburski »Victoria Hospital«, jak Benenden, jak Frimley lub Ventnor, stosownie do stanu chorego zaczyna się praca od przechadzki i kończy się, jak n. p. w Edynburskiej »Farm Colony«, albo w Frimley, na najcięższej robocie w polu, czy to przy budowie.

Z braku miejsca muszę odłożyć szczegółowe omówienie tej ważnej sprawy do osobnej pracy. Zresztą Dr. T. Budzyński w ostatnich tygodniach poruszył już ją w naszem piśmiennictwie (25).

Obraz sanatoryalnego leczenia gruźlicy w Anglii byłby niepełnym i jednostronnym, gdybym pominął jego braki.

Przedewszystkiem należy do nich odnieść pomijanie zupełne wodoleczenia. Wprawdzie łazienek nigdzie nie braknie, ale najprostszych nawet zabiegów, w postaci n. p. nacierania się z rana zimną wodą, tam nie stosują. W niemieckich natomiast sanatoryach, gwoli przykazaniom Brehmera, zwrócono baczną uwagę na hydroterapię. Zwykle całe sale są tu przeznaczone dla celów wodolecznictwa. Nie mówiąc o zwykłych nacieraniach zimną wodą, opaskach i okładach w każdem uzdrowisku ludowem niemieckiem natryski rozmaitej postaci i ciśnienia są celowo i szeroko stosowane.

Drugim brakiem lecznictwa sanatoryalnego w Anglii jest nieznajomość nowszych zabiegów leczniczych, tak już wszędzie na kontynencie rozpowszechnionych, jak n. p. operacya sztucznej odmy piersiowej. Za mojej bytności tego lata i jesieni w W. Brytanii tylko w paru szpitalach londyńskich i to w pojedynczych przypadkach spotkałem się z powyższą operacyą.

Następnie, tylko jako wyjątek zdarzało mi się widzieć w angielskich sanatoryach ludowych urządzenia rentgenowskie, wówczas, gdy rzadki większy zakład tego rodzaju w Niemczech nie posiada gabinetu Röntgena.

Mimo wszakże te braki, a dzięki znaczniejszym i większym, wyżej opisanym zaletom, wielkobrytyjskie sanatorya ludowe dla chorych na gruźlicę płuc stoją na wysokości swego zadania. Wyniki ich leczenia nie są bynajmniej gorsze od niemieckich, o ile to można wnosić z ich rocznych sprawozdań. W ogólnym zaś bilansie walki z gruźlicą sanatoryum w Anglii nie jest tak, jak w Niemczech, najważniejszą i panującą pozycyą. Z uchwaleniem w r. 1911 przez parlament angielski prawa o ubezpieczeniu społecznem napewno ilość sanatoryów dla gruźliczych się zwiększy, ale, jak widać już z prac przygotowawczych osobnej komisyi, do opracowania tej sprawy wyznaczonej (26), charakter i zwłaszcza dotychczasowe znaczenie tego rodzaju zakładu leczniczego zasadniczo się nie zmieni.

Nie ulega wątpliwości, że z chwilą wprowadzenia w życie ubezpieczenia społecznego dalszy rozwój uzdrowiska ludowego dla gruźliczych pójdzie torami, jakie mu oddawna głęboka i wszechstronna myśl społeczna narodu angielskiego zakreśliła, t. j. uzdrowisko zostanie istotną częścią składową jak najszerzej uwzględnionego systemu walki z gruźlicą Dr Philipa.

Streszczając wszystko, co wyżej powiedziałem, stwierdzam na zakończenie, że w W. Brytanii pierwszej powstała myśl sanatoryalnego leczenia gruźlicy płucnej, — że w W. Brytanii pierwszej leczenie to zostało należycie ocenione i znalazło odpowiednie miejsce w ogólnym systemie walki z gruźlicą i że W. Brytania najwcześniej odkryła prawdę niezbitą, iż nie jedna droga i nie jeden sposób, ale cały ich szereg, rozumnie i planowo skoordynowany, wiedzie i doprowadzi człowieka do ostatecznego celu, t. j. do zwycięstwa nad gruźlicą.

Piśmiennictwo: 1) »Die Tuberculose-Arbeiten aus dem Kais. Gesundheitsamte«. II tom z r. 1904. 2) »A Letter from a Physician in the Highland to his friends in London« 1747 r. 3) List Dr. W. Mitshella, pomieszczony w czerwcowym zeszycie z r. 1905 w »British Medic. Journ.«. 4) Sprawozdanie z r. 1912 tegoż szpitala. 5) Dr. H. Timbell Bulstrode: »Sanatoria for Consumption and certain other Aspects of the Tuberculosis Question« Lond. 1908. 6) 99. sprawozdanie tegoż szpitala. 7) 72. sprawozdanie tegoż szpitala. 8) Dr. T. Dunin: »Walka z gruźlicą« Warsz. 1899. 9) Tom 172 »Selected Essays and Monographs« wydane przez »New Sydenham Soc.« w r. 1901. 10) H. Brehmer: »Die Gesetze und die Heilbarkeit der chronischen Tuberculose der Lunge« Berl. 1856 i tegoż autora: »Zur Aetiologie und Therapie d. chron. Lungenschwindsucht« Berl. 1874. 11) F. K. Walters: »The open Air or sanatorium Treatment of. Pulm. Tuberc.« Lond. 1909.; str. 15. 12) Przedmowa do: Prof. B. Fränkel: »Der Stand d. Tub.-Bekämpf. in Deutschland« Berl. 1905. 13) Str. 2 drugiego zeszytu z r. 1904 »Die Tuberk.-Arbeiten aus dem Kais. Gesundheitsamte«. 14) Wynn i Dixon: »The Role of the Sanatorium in the Treatment and Prevention of Consumption« w N 9 z r. 1912 »The Journ. of the Royal sanitary Institut« 15) »The Control and Eridication of Tuberculosis« zbiorowa praca wielu autorów. Edinb. i Lond. 1911. 16) Beilage zum Geschäfstsbericht Deutsch. Zentral-Kom. zur Bekämp. d. Tuberk. 1913. 17) Prof. Kayserling: »Tuberculose« w zbiorowem »Soz. Kultur u. Volkswohlfahrt während d. ersten 25 Jahre Regierungs Kais. Wilhelm II«. 18) L. Turnau: »Statistik der Dauererfolge aus der Heilstätte Heiligenschwendi« Leipz. 1909. 19) 22. sprawozdanie tegoż szpitala. 20) Geschäftsber. Deutsch. Zentr. Kom. na wiosnę 1902 r. 21) F. M. Blumenthal: »Obszczestwien-

naja borba stubierkulozom« Moskwa 1911. 22) »Sbornik naucznych rabot po tubierkulozu« sanatoryum w Halila pod red. Dra. Gabriłowicza. S-Ptb. 1912. 23) »Publik Health and social Conditions« wydanie Local Goverment Board. 1909. 24) Dr. A. Kuczewski: »Sprawozd. z XI zjazdu przeciwgruźl.« w N 10 z r. 1913 »Lekarza Wil.« 25) Dr. T. Budzyński: »Praca fizyczna w zakładach dla chorych piersiowych« w N 45 z r. 1913 »Gaz. lekar.« 26) »Final Report of the Departamental Commitee on Tuberculosis« Tom I i II. 1913. 27). S. A. Knopf, M. D.: »Pulmonary Tuberculosis, its modern Prophylaxis and the Treatment in special Institutions and at Home«. Philadelphia. 1899.

Edward Gérard Festenburg.

(Wspomnienie pośmiertne).

Świat lekarski w Galicyi poniósł wielką i bolesną stratę. Zmarł przodownik w ruchu społeczno-lekarskim, którego działalność zapisała się trwale w historyi tego ruchu.

Dr Edward Gérard Festenburg, urodzony w październiku 1843, odbył szkoły gimnazyalne w Czerniowcach, poczem ukończył Wydział lekarski w Krakowie w r. 1867, z dyplomem doktora medycyny i magistra akuszeryi. Przybywszy do Lwowa, został asystentem prof. Webera w istniejącej wówczas Szkole chirurgicznej, a zarazem asystentem Zakładu położniczego. Po powołaniu prof. Webera na katedrę położnictwa do Pragi w r. 1871, był dr. Festenburg przez rok kierownikiem Zakładu i zastępcą profesora we wspomnianej szkole. Następnie rozpoczyna praktykę położniczą i ginekologiczną we Lwowie: garną się do niego chore i z biegiem lat staje na przedzie tej gałęzi, jako uznany i poszukiwany lekarz. Z górą lat 40 wykonywał z powodzeniem praktykę, darzony zaufaniem i ceniony dla swej troskliwości, wiedzy i doświadczenia. To też zrósł się z miastem i z jego ludnością, której niósł pomoc z ochotą i z najlepszą swą wiedzą.

Równocześnie w kołach kolegów zyskiwał sobie swemi zaletami umysłu i dobrego serca przychylność i ogólny szacunek. Kiedy w r. 1893 powołano do życia Izby lekarskie, dr Festenburg wybrany zostaje ze Lwowa do pierwszej Izby i jej wydziału. Wspólnie z ś. p. Rożańskim pracuje nad organizacyą i ukształtowaniem się nowej reprezentacyi zawodowej. W 3 lata później powołany zostaje na stanowisko prezydenta Izby i ten zaszczytny urząd piastuje lat 18 ku pożytkowi Izby i zadowoleniu lekarzy. Liczne czynności administracyjne i gospodarcze, połączone z tym ciężkim, dużo pracy pochłaniającym obowiązkiem, zostawiają mu jednak czas i myśl na spełnienie szerszych zadań zawodowych i społeczno-lekarskich. Jedną z takich był zamiar ubezpieczenia lekarzy na wypadek niezdolności do pracy i na starość, któremu wspólnie z innemi Izbami austryackiemi Wydział Izby lwowskiej pod przewodnictwem Festenburga poświęcił dużo usiłowań i czasu. Niestety nie dające się pokonać trudności finansowe i techniczne stanęły na przeszkodzie wykonaniu tej myśli w całem państwie. Nie mogąc zamiaru tego wykonać w całej pełni, postanowił dr Festenburg choć w części ulżyć niepewnej doli lekarskiej. Po opracowaniu projektów stwarza w r. 1903 »Kasę dla chorych lekarzy« przy Izbie lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, pierwszą w państwie. Za ten czyn, którym do końca życia szczerze się cieszył, wielu kolegów dochowuje Mu głęboką wdzięczność i uznanie. Przez oszczędną i rozumną gospodarkę administruje rzetelnie groszem Izby i stwarza pewien, acz niewielki fundusz zapomogowy. A w tej gospodarce przyświeca Mu znowu szczytna myśl, pamiętania o tych, którym los zabrał żywiciela, o wdowach i sierotach po lekarzach.

Poza tem nie było wprost gałęzi pracy zawodowej, którejby nie poświęcił myśli, uwagi, czynu. Z tych licznych czynności wspomnę tu tylko o reformie taryf sądowo-lekarskich, reformie ustawy o lekarzach okręgowych, lekarzach więziennych, kolejowych, i t. d.

W stosunkach Izby na zewnątrz, z władzami, potrafił wyrobić dla niej poważanie i takie stanowisko, że z głosem i opinią jej chętnie i życzliwie się liczono; od lat 16 wysyłany jako delegat na Wiece Izb lekarskich, roztropnie i rozważnie zastępował Izbę lwowską; z chwilą zaś powstania Wydziału wykonawczego Izb wybierany doń corocznie, brał udział w częstych posiedzeniach, niestrudzony i niezrażający się trudami podróży.

W sporach koleżeńskich spokojny, wyrozumiały i trzeźwy, wytrawnym sądem i trafnem ujęciem sprawy łagodził je częstokroć i sprowadzał przewinienia do właściwej miary. Oprócz żmudnej pracy w Izbie, Festenburg brał żywy udział w całem życiu lekarskiem. W Towarzystwie lekarzy galicyjskich, długo-

letni skarbnik, zawiadywał funduszami Towarzystwa gorliwie, a w uznaniu zasług mianowany został jednym z nielicznych jego członków honorowych. Towarzystwo lekarskie lwowskie wybrało Go w r. 1894 swym prezesem, w posiedzeniach jego do ostatka bierze czynny udział, a losami Towarzystwa żywo do końca życia się interesuje. Powołany w r. 1895 do Krajowej Rady zdrowia, pracuje w niej przez lat 20 z pożytkiem jako gorliwy referent. W r. 1904 wybrany zastępcą, a w r. 1907 prezesem Rady spełnia swe obowiązki do ostatniej chwili i zyskuje uznanie, jako ścisły i bezstronny kierownik obrad. Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci we Lwowie, utrzymujące szpital św. Zofii, obierało Go przez szereg lat swym prezesem; dzięki też Jego staraniom został ten szpital objęty przez kraj.

Serce Jego dobre znaliśmy wszyscy, rozum i doświadczenie ceniliśmy, przed Jego powagą głęboki odczuwaliśmy szacunek.

Odchodzi z naszego grona, jako jeden z przedstawicieli starszego pokolenia lekarskiego, z tem, że zapracował rzetelnie na naszą wdzięczność i trwałą po sobie pamięć. J. Papée.

III. Zjazd balneologiczny polski.

Towarzystwo balneologiczne polskie urządza w pierwszych dniach Maja 1914 w Krakowie III. Zjazd balneologiczny polski połączony ze Zjazdem turystycznym. W programie obrad znajduje się omówienie postępów nauki balneologicznej, ustawodawstwa zdrojowego, deontologii lekarzy zdrojowych i t. p. obok spraw reklamy i prasy zdrojowej, przemysłu zdrojowego i turystyki. Zgłoszenia udziału (wkładka 10 koron), odczytów i referatów przesyłać należy pod adresem: »Biuro Zjazdu balneologicznego, Krajowy Związek turystyczny, Kraków, ul. Szpitalna l. 36.« — Komitetem gospodarczym Zjazdu jest Wydział Towarzystwa balneologicznego polskiego z prezesem dr M. Cerchą na czele.

W sprawie pomnika Karola Marcinkowskiego.

W Poznaniu powstała myśl wzniesienia pomnika na grobie znakomitego lekarza i wielkiego obywatela, Karola Marcinkowskiego. Do uczczenia pamięci jednego z najlepszych i najmędrszych synów Ojczyzny powinni w pierwszym rzędzie przyczynić się lekarze polscy, bo wszak jest On naszego przedewszystkiem grona dumą i chlubą i od nas przedewszystkiem należy się hołd Jego cieniom.

Na ten cel składają członkowie Komisyi redakcyjnej »Przeglądu lekarskiego« zebrane między sobą 150 koron, a pismo nasze chętnie pośredniczyć będzie w zbieraniu dalszych ofiar.

W tejże sprawie otrzymujemy również następujące pismo:

Szanowny Panie Redaktorze!

Prosiłbym dziś o gościnę w łamach »Przeglądu lekarskiego«, by czytelnikom tego poważnego czasopisma lekarskiego przypomnieć wielkopolską znakomitość, jaką był, niewątpliwie i poza kordonem dobrze znany, Karol Marcinkowski. Był to typ lekarza zdolnego, sumiennego, i obywatela kraj miłującego. Acz w młodym jeszcze wieku, zyskał sobie taką powagę, iż jego rozumem i sercem podyktowanej woli poddawał się chętnie każdy do niego zbliżony. Choć sam tego męża niezwykłych zalet poznać nie mogłem, żywy jego obraz wyrył się w mym umyśle z tego, co mi śp. mój ojciec, a jego kolega, o nim nieraz opowiadał, a z tego między innemi wynikało, że Marcinkowski posiadał taki mir wśród rzeszy lekarzy wielkopolskich, iż we wszystkich sprawach osobistych i zawodowych doń się z najwyższem odnoszono zaufaniem. On to wskazywał, z myślą o społeczno-narodowych zadaniach inteligencyi w zagrożonych okolicach, młodym ukończonym lekarzom, gdzie który ma się osiedlić, a zawsze dobrze wskazywał, a zawsze go słuchano i nigdy z tego nie było niezadowolenia czy przykrego dla kogokolwiek zawodu.

Otóż ten wielki mąż, któremu przedewszystkiem oczywiście Wielkopolska dużo zawdzięcza, a który myślą swą ogarnął całą Polskę, przeznaczając tysiące na cele społeczne, sam ogałacając się z całego mienia, — umarł ubogim, a testamentem polecał ciało swoje pochować skromnie: »prosto w ziemię, gdzie kolej wypadnie, nie kłaść żadnego znaku na grobie, ale grosz zaoszczędzony rozdać pomiędzy ubogich«. Czyż to nie rzewne słowa, świadczące o wielkoduszności piszącego testament męża, który nietylko za życia był wzorem dla towarzyszy zawodowych, ale i po śmierci pozostaje drogowskazem w pochodzie do wzniosłego celu.

I spoczął Karol Marcinkowski d. 7 listopada 1846 w swej ukochanej ziemi, a pamięć wdzięczna przechowuje się wśród społeczeństwa i bez spiżowego pomnika, którego nie pragnął, ale na który sobie więcej zasłużył od tych, których pamięć w szczęśliwszych od naszego społeczeństwach czczą w ten czy inny sposób.

Bieg rzeczy, dla nas tak krytyczny, tak brzemienny dla grodu Przemysława w nieszczęścia, jakie tamtą dzielnicę dawnej Polski prześladują, sprawił, iż grób znakomitego lekarza, niepospolitego obywatela, daleko patrzącego w przyszłość, który, przewidując nadciągającą na nasze głowy burzę, pragnął nas przed jej następstwami zabezpieczyć, znalazł się na krańcu cmentarza, a naprzeciw królewskiego zamku, wzniesionego na to chyba, by urągać naszej niemocy, naszej niewoli i niedoli; a przechodzień ani się domyśli, że tuż za ogrodzeniem spoczywa to serce, które tak gorąco odczuwało cierpienia bliźniego i fizyczne i moralne i dolę narodu.

Niechże więc na tej piędzi ziemi wzniesie się wreszcie dowód wdzięczności polskiego społeczeństwa, pomnik godny wielkiego męża, który w krótkiem swem życiu czynił nadludzkie wysiłki, by nas uchronić przed nawałnicą. Niechże potomności przypomina tę szlachetną postać lekarza-patryoty, niech krzewi ducha i budzi nadzieje.

Imiennik jego, artysta Marcinkowski, wykonuje godny pomnik, wszystko przygotowuje się, brak tylko dostatecznych funduszów.

Sądzę, że na to dzieło pamiątkowe złożyć się powinni lekarze wszystkich zaborów i przyczynić się do wykończenia pomnika, który będzie dowodem wdzięczności naszego społeczeństwa dla jednego z najlepszych synów Polski.

Załączam na ten cel 30 K i upraszam wszystkie tygodniki lekarskie polskie o współudział w zbieraniu na powyższy cel składek.

Racz przyjąć Panie Redaktorze koleżeńskie pozdrowienie i zapewnienie poważania. B. Wicherkiewicz.

Wiadomości bieżące.

Autorowie polscy raczą przesyłać odbitki prac swoich kolegom, zdającym stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych. Stałymi sprawozdawcami są:

Ze wszystkich działów: Komisya sprawozdawcza Towarzystwa lek. lwowskiego; prezes Prof. Dr Adolf Beck, Lwów, Piekarska 52 (Virchows Jahresber. der ges. Medizin): Dr Adam. Berlin-Buch (Deut. med. Wochenschrift), Dr Stan. Ostrowski, Petersburg, Fontanka 133, m. 7. (Russkij Wracz), Dr Fr. Veselý, Brno na Morawach (Časopis lek. českych), Prym. Dr K. Orzechowski, Lwów, Kraszewskiego 15 (Wiener med. Wochenschrift); z medycyny teoretycznej: Prof. Dr S. Bądzyński, Lwów. Piekarska 52 (Lavori e riviste di chimica etc.), Prof. Dr H. Hoyer, Kraków, św. Anny 6 (Schwalbes Jahresberichte üb. die Fortschritte der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte, anatomia ludzka, porównawcza, histologia, embryologia, antropologia); Dr W. Szczawińska, Paryż, rue Dutot 18. (Bulletin de l'Institut Pasteur); Dr M. Friedmann, Wien IX, Allg. Krankenhaus, 27 Stiege. Z. 72. (fizyologia, biochemia, patologia doświadczalna); z medycyny wewnętrznej: (w zakresie gruźlicy) Dr S. Sterling, Łódź, Piotrkowska 111 (Intern. Centralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung), (hematologia): Dr Stanisław Klejn, Warszawa, Leszno 17 (Folia haematologica et serologica); z chirurgii: Dr Radliński Kraków, Kopernika 40 (Centralblatt f. Chirurgie); Dr Ant. J. Goldman, Łódź, Piotrkowska 19 (pisma francuskie), Dr A. Wertheim, Warszawa, Krucza 47a (pisma niemieckie); Dr Okińczyc, Paryż (Journal de Chirurgie); z neurologii: Prym. Dr K. Orzechowski, Lwów, ul. Kraszewskiego 15 (Folia neurobiologica, Epilepsia, Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde);

z pedyatryi: prym. Dr J. Landau, Kraków, Gertrudy 9 (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Dr J. Brudziński, Warszawa, Włodzimierska 9, Dr H. Rozenblatówna, Warszawa, Szpital im. Karola i Maryi (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Prof. Dr Lewkowicz i Dr Wł. Bujak, Kraków, szpital św. Ludwika, (Monatsschrift f. Kinderheilk.); z ginekologii: Dr Franc Neugebauer, Warszawa, Leszno 33 (Gynaekol. Rundschau, Zentralblatt f. d. ges. Gynaekol., pisma francuskie, Frommel's Jahresbericht), Dr Hugo Ehrlich, Przemyśl (Zentralbl. f. Gynaek. i Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie): z laryngologii i otyatryi: Dr J. Sędziak, Warszawa, Erywańska 10 (Monatschr. f. Ohrenheilk. [Berlin], Journal of Laryng etc. [London], Annals of Otology etc. [St. Louis]), Dr R. Spira, Kraków, Grodzka 51, (Archiv für Ohrenheilkunde i Monatsschrift) für Ohrenheilkunde u. Laryngologie); z dermatologii: Prof. Dr Krzyształowicz, Kraków, Basztowa 6 (Dermatol. Jahresbericht, Archiv f. Dermatol. u. Syphilis), Dr Leon Feuerstein, Lwów, Kopernika 12 (Dermatologische Wochenschrift), Dr J. Papée Lwów, Asnyka 3, (Dermatologische Zeitschrift), Dr Turzański, Jarosław (Mediz. Klinik); z urologii: Dr A. Karwowski, Poznań, św. Marcina 54 (Jahresber. f. Urologie); z hydroterapii: Doc. Dr Kowalski, Lwów, Romanowicza 20 (Monatsschr. f. d. physik.-diät. Heilmethoden); z elektrologii: Dr J. Zanietowski, Kraków, Batorego 1 (Zeitschr. f. Elektrologie, Annales d'electrol., Archiv. f. physikalische Med., Annali de electricita med.); z okulistyki: Dr St. Lewicki, Odessa, ul. Elisawetyńska 23, m. 1. (Wiestnik oftałmologii), Dr W. Kapuściński, Poznań, Podgórna (Ringstrasse) 14 (Zentralblatt f. d. ges. Ophthalm); z historyi medycyny: Dr J. Lachs, Kraków, Jasna 2 (Mittheil. zur Geschichte der Medizin. i dział historyczny w Virchows Jahresberichte der ges. Medizin); z higieny szkolnej: Doc. Dr E. Piasecki, Lwów (Hygiène et médecine scolaires), wraz z Dr M. Biehlerową, Warszawa (Archives intern. d'hygiène scolaire).

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« uprasza Kolegów, zdających stale sprawę do innych pism, o łaskawe zgłoszenie się celem uzupełnienia powyższego spisu.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 4. II. 1914 posiedzenie, na którem prym. dr Borzęcki przedstawił przypadek raka wędzidełka języka, a dr Bobak przypadki młodzieńczego zaniku mięśni oraz zapalenia przednich rogów rdzenia, poczem odbyły się zapowiedziane wykłady i demonstracye prym. dr Latkowskiego, dr Mayera, Nowaczyńskiego i Wachtla. W dyskusyi przemawiali dr Blassberg, prof. Gliński, dr Hirsch, Landau, prof. Lewkowicz, dr Stahr i Wachtel.

— Towarzystwo ginekologiczne krakowskie obrało na rok 1914 swym prezesem dr Brunona Wojciechowskiego, zastępcą dr Akermanna, skarbnikiem dr Friedmanna, sekretarzem dr J. Zubrzyckiego.

— Na pomnik Karola Marcinkowskiego złożyli w Redakcyi »Przeglądu lekarskiego« koledzy: dr Akermann, Blassberg, prof. dr Browicz, Ciechanowski, Kader, Krzyształowicz, Majewski, Rutkowski, dr Wojciechowski razem 150 K., prof. dr Wicherkiewicz 30 K.

Poznań. Otrzymaliśmy następującą odezwę: »Rada Narodowa Wielkopolska wzywa niniejszem wszystkich polskich wydawców i autorów książek ogólno-kształcących, podręczników naukowych, czasopism, także gier i t. p. dla dzieci, młodzieży i ludu, aby przysyłali łaskawie bezpłatnie po jednym egzemplarzu swych wydawnictw do archiwum Wydziału kulturalno-oświatowego. Rada Narodowa prosi również dla swego księgozbioru ogólnego o dzieła treści politycznej, ekonomicznej lub społecznej, pośrednio lub bezpośrednio dotyczące zaboru pruskiego lub wogóle sprawy polskiej. Przyjmujemy także z wdzięcznością dary każdej ilości: elementarzy, podręczników i książek polskich. Wszelkie przesyłki adresować należy: Rada Narodowa, Poznań — Posen Wilhelmstr. 1.

Biuro Rady Narodowej: Dr Fr. Schroeder«.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 19. I. do 26. I. 1914 przypadków: ospy 1 † —, płonicy 1 † —, róży 2 † —. Dr. Trenkner.

Mianowani: Prof. P. Schmidt z Lipska profesorem higieny w Giessen; prof. Buday z Klausenburga i prof. Krompecher z Pesztu profesorami zwycz. anatomii patol. w Peszcie.

Zmarli: Dr Emeryk Malęwski w Stawiszczach na Ukrainie w 69 r. ż.; dr Edward Winawer w Petersburgu w 54 r. ż.; Dr Marceli Lauterbach, praktykujący w Wiedniu, zmarł w Drohobyczu w 56 r. ż.; dr Lauterbach był cenionym lekarzem, odznaczonym orderami zagranicznymi; przez lat kilka był stałym współpracownikiem »Przeglądu lekarskiego« w dziale sprawozdawczym.

Anatom prof. Bartels w Królewcu.

Redakcya otrzymała: Serkowski i Kraszewski: Anwendung des Abbé'schen Refraktometers bei chemisch-physiologischen Untersuchungen. (St. Petersb. med. Ztg. 1913)

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 11. lutego 1914 w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4). o godz. 6 wieczorem.** Na porządku dziennym: 1) Dr. J. Nowaczyński: Demonstracye chorych 2) Prym. Dr. Stahr, delegat Związku krajowego lekarzy: Uwagi o uspołecznionej pomocy lekarskiej.

Nadesłane